

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

No

POUR

790

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean Victor LECLERCQ

Ancien Interne de Saint-Lazare
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 26 Juillet 1908, à Lille (Nord)

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES STOMATITES

REVUE CLINIQUE

ET TRAITEMENT PAR LES COLORANTS D'ACRIDINE

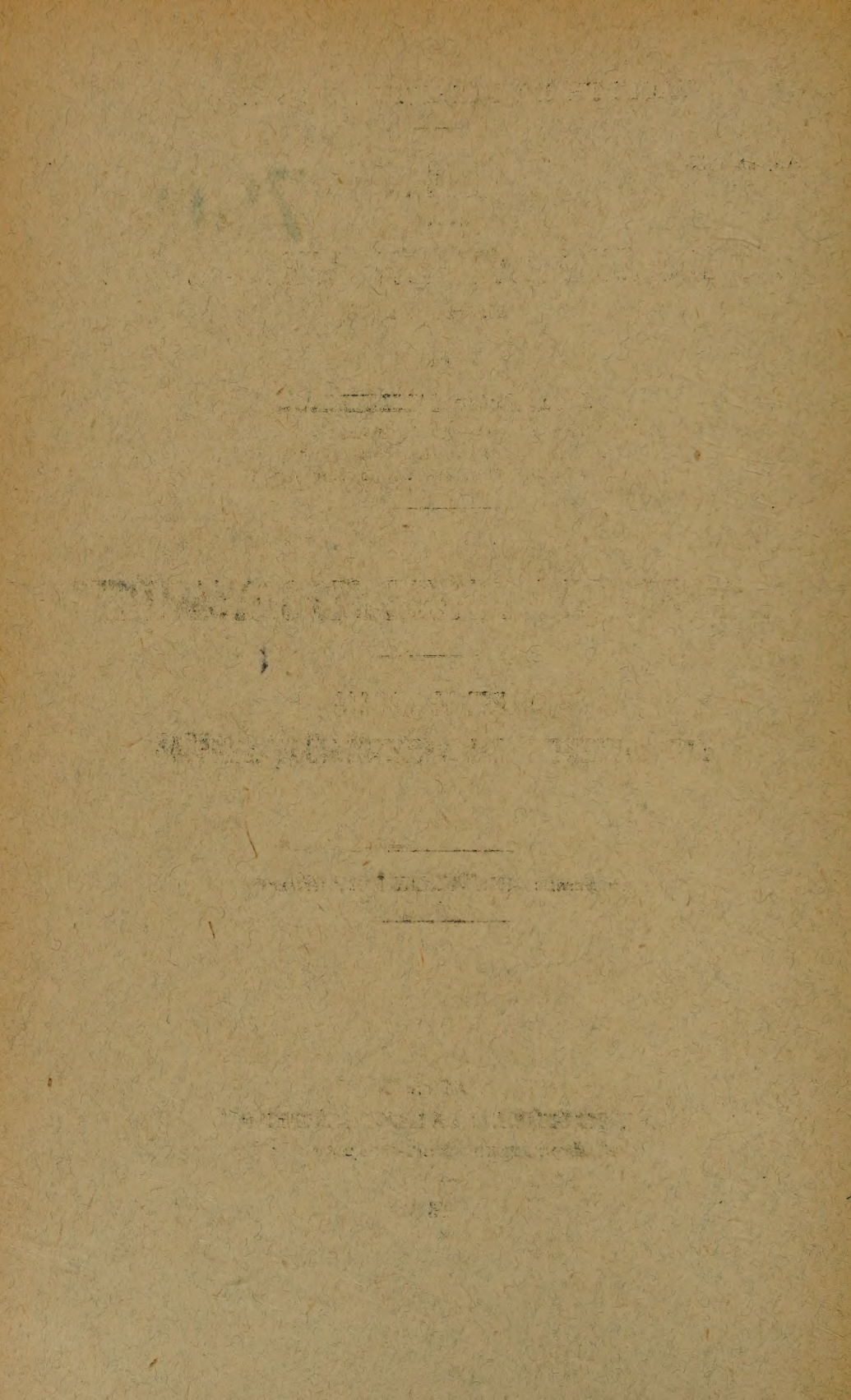
Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1935



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean Victor LECLERCQ

Ancien Interne de Saint-Lazare

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 26 Juillet 1908, à Lille (Nord)

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES STOMATITES

REVUE CLINIQUE

ET TRAITEMENT PAR LES COLORANTS D'ACRIDINE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale.	BASSET.....	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE..		BROCQ.....	
AUBERTIN.....		CADENAT.....	
BRULÉ.....		GATELLIER....	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER..	
CHIRAY.....		MOURE.....	
DONZELOT.....		QUENU.....	
DUVOIR.....		SCHWARTZ....	
LIAN.....		VELTER.....	
PASTEUR-VALLERY-RADOT.....			
SÉZARY.....			
MM.			
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT.....			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL....			
METZGER.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que es opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*En témoignage de ma
reconnaissance pour l'hon-
neur qu'il m'a fait en
acceptant de présider cette
thèse.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR ÉMERY

Médecin de Saint-Lazare

*Qui m'a prodigué son
enseignement ; qu'il
veuille bien accepter ce
témoignage de ma recon-
naissance, de mon dé-
vouement et de mon res-
pect.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR G. LACAPÈRE

Médecin de Saint-Lazare

*Qui m'a fait l'honneur
de m'accepter comme élève.
En témoignage de ma
vive gratitude et de mon
respectueux attachement.*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR RAYMOND TURPIN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Beaujon

*En témoignage de ma
vive gratitude et de mon
respectueux attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. FERNET

Médecin de Saint-Lazare

*En témoignage de ma
reconnaissance*

A MONSIEUR LE DOCTEUR BIZARD

Médecin-Chef du Dispensaire de Salubrité

*En remerciement de la
sympathie qu'il n'a cessé
de me témoigner.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. PICOT

Chirurgien des Hôpitaux

*Avec l'expression de ma
reconnaissance pour l'in-
térêt qu'il m'a toujours
manifesté.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RUPPE

Stomatologiste de l'Hôpital Hérold

*En témoignage d'affec-
tueux respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MORIN

Médecin-assistant de Saint-Lazare

*Lui demandant de trou-
ver ici l'expression de mon
affection et de mon dé-
vouement, et mes remer-
ciements pour l'intérêt
qu'il m'a toujours témoi-
gné.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUREL

Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare

*Qui m'a aidé au cours
de cette dernière année de
travail.*

*Témoignage d'inalté-
rable gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DECHAUME

Stomatologiste des Hôpitaux

*En remerciement pour
l'aide éclairée qu'il a bien
voulu m'apporter.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GERSON

Assistant à l'Hôpital Saint-Louis

*En remerciement des
conseils qu'il m'a prodigés
pendant ce travail.*

A MADAME NICOLLE-MUNIER

Stomatologiste de Saint-Lazare]

*Pour l'appui amical et
efficient qu'elle n'a cessé
de me donner.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUBRY

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. BENARD

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI BOURGEOIS

MONSIEUR LE DOCTEUR PICOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TURPIN

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINÉ.

Internat de Saint-Lazare :

MONSIEUR LE DOCTEUR LACAPÈRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ÉMERY

MONSIEUR LE DOCTEUR CLÉMENT SIMON

MONSIEUR LE DOCTEUR FERNET.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

GALLIOT, CHALET, BELGODÈRE, GIRARD,
BOYER, BRALEZ, LARDAT, LEROY.

PREMIÈRE PARTIE

REVUE CLINIQUE

INTRODUCTION

De tout temps furent connues des stomatites ulcéro-membraneuses banales, des accidents liés à l'évolution de la dent de sagesse, toutes stomatites de cause infectieuse.

D'autre part, la stomatite mercurielle a été souvent décrite dans les anciens traitements antisyphilitiques ; on a même fait de son existence une des conditions de succès de ce traitement.

L'essor de la chimiothérapie en ces dernières années permet de décrire à côté de ces stomatites mercurielles de nombreuses stomatites médicamenteuses. Ces accidents buccaux rappellent les stomatites infectieuses mais sont, à l'heure actuelle, généralement d'intensité moindre. On les rencontre surtout au cours de traitements mercuriels, bismuthique, aurique ou arsenical. Aussi dans ce travail, après avoir traité les stomatites non médicamenteuses, ferons-nous une place particulièrement importante aux stomatites médicamenteuses, surtout mercurielles et bismuthiques.

Nous verons successivement :

les formes anatomo-cliniques ;

les formes étiologiques (causes locales, générales, toxiques) ;

et l'évolution clinique habituelle à ces affections ;

enfin, le traitement qu'on peut leur opposer.

Pendant notre internat à la Maison de St-Lazare, nous avons eu l'occasion de voir et de soigner de nombreux cas de stomatites ; nous avons été frappé par la difficulté d'obtenir une guérison rapide, tout particulièrement dans les stomatites ulcéreuses, et nous avons enfin noté le trouble apporté par cet incident à la conduite du traitement antisiphilitique.

Nous avons eu le désir d'étudier le traitement proposé en France par Gerson, mettant à contribution les propriétés antiseptiques puissantes des dérivés d'acridine et avec MM. Gerson, Dechaume, et M^{me} Nicolle Munier, nous avons appliqué ce traitement acridinique dans les cas de stomatites que nous avons pu rencontrer.

Un résumé des observations qui ont servi de base à cette étude permettra d'apprécier les résultats de cette thérapeutique, résultats qui nous ont paru assez intéressants pour les rapporter au cours de cette thèse.

Et à la fin de ce travail, nous essaierons de dégager les indications et contre-indications de la thérapeutique acridinique.

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE

Toutes les stomatites sont infectieuses et déterminées par l'atteinte microbienne de la muqueuse buccale.

Tantôt l'infection est directement provoquée par les microbes saprophytes de la bouche qui deviennent pathogènes à l'occasion d'un affaiblissement du terrain ; tantôt des germes pathogènes banaux ou spécifiques atteignent la muqueuse, ceci par inoculation directe ou indirecte, par propagation d'une infection de voisinage, par voie sanguine ou par auto-infection. Dans ce dernier cas, c'est la stomatite toxiseptique soit endogène, soit exogène, due à l'exaltation de la flore microbienne buccale à l'occasion d'un fléchissement de l'état général et local.

Facteurs favorisant l'apparition des stomatites. — L'état buccal antérieur a une grande importance dans l'éclosion de ces manifestations. En effet, à l'état normal il existe une sorte d'équilibre entre le microbisme et les réactions de défense de la cavité buccale. Parmi celles-ci, la phagocytose joue un rôle essentiel, mais cette action n'est possible que si la muqueuse

est saine ; la salive, par son rôle de balayage, vient compléter ces réactions de défense.

Par contre, s'il existe une déficience locale, la porte est ouverte à la stomatite. Cette déficience locale peut-être due à des accidents d'éruption dentaire — principalement des dents de sagesse inférieures — à des irritations mécaniques (malpositions dentaires, chicots, appareils de prothèse), à des irritations thermiques et chimiques, à des troubles trophiques en rapport avec une névrite du nerf dentaire inférieur ou supérieur. Toutes ces causes favorisent l'invasion microbienne.

Le terrain. — Toutes les infections et intoxications favorisent l'apparition d'une stomatite.

Il est fréquent de constater, en effet, des stomatites pultacées, ulcéro-membraneuses, à l'occasion d'infections gastro-intestinales, de fièvres éruptives, d'infections générales chroniques, au cours d'une convalescence difficile chez un taré.

La stomatite apparaît également comme un des accidents des maladies par carence. De même, on la retrouve dans les maladies du sang, notamment dans la leucémie aiguë (Gilbert et Weill).

Les intoxications médicamenteuses, soit accidentelles, soit thérapeutiques, ainsi que certaines diathèses, sont à l'origine des stomatites toxiques.

Ces causes diverses agissent en affaiblissant le terrain et en provoquant des modifications de la muqueuse et de la salive ; car pour que celle-ci continue son rôle salulaire, il faut qu'elle soit sécrétée

en quantité suffisante et qu'elle reste de composition normale.

Or, dans la plupart des infections générales, sa sécrétion est diminuée ainsi que son alcalinité. Dans les intoxications, qu'elles soient endogènes ou exogènes, elle est altérée dans sa composition.

Nous voyons donc que les facteurs essentiels de l'apparition des stomatites sont :

- a) l'irritation préexistante de la muqueuse ;
- b) les troubles de la sécrétion salivaire ;
- c) l'exaltation de la flore microbienne buccale ;
- d) les déficiences d'ordre général.

Le pronostic de la stomatite est intimement lié : à la virulence microbienne d'une part, et à la faiblesse des défenses générales de l'organisme, d'autre part.

ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE

Cette étude est rendue difficile par l'extrême richesse et la grande variété de la flore microbienne buccale.

Dans la plupart des cas, aucune conclusion ferme ne peut être tirée des frottis et cultures, dans lesquels on trouve en effet, une association des différents microbes saprophytes et pathogènes de la cavité buccale. D'autre part, les microbes saprophytes peuvent devenir pathogènes sous l'influence des

causes les plus diverses : fléchissement de l'état général, association microbienne, fièvre.

Les microbes habituels de la bouche constituent d'ailleurs deux groupes distincts : d'une part, les microbes banaux pyogènes et aérobies, d'autre part l'association fuso-spirillaire qui est « avant tout anaérobie, sphacélisante, nécrophile » (Ruppe).

Pour Babonneix et Darré, « la plupart des stomatites sont des infections polymicrobiennes causées par les germes vulgaires qui vivent en saprophytes dans la bouche ».

Parmi les hôtes habituels de la bouche, nous citerons : le staphylocoque, le streptocoque, le pneumocoque, l'entérocoque, le colibacille, le bactérium tenue, le bacillus amylo-bacter, le bacillus subtilis, le bacillus ramosus, le leptotrix, le tétragène, le spirocheta dentium, le spirocheta buccalis et le bacille fusiforme de Vincent que nous allons étudier.

Pour d'autres auteurs, en effet, le rôle pathogène a été dévolu à l'association fuso-spirillaire seule. Celle-ci est formée par des spirilles et des bacilles fusiformes. Comme spirilles, on trouve surtout le spirocheta dentium, l'acuta, le tenuis.

Le bacille fusiforme revêt tantôt la forme d'un bacille, tantôt l'aspect filamenteux du leptotrix (Ruppe). Il est mobile (Letulle).

A côté du bacille de Vincent, on a décrit le bacille de Schmamine incurvé et le bacille de Plaut (cilié).

L'association fuso-spirillaire est strictement anaérobie. Son rôle est diversement considéré.

Pour Moizart et Grenet, l'infection fuso-spirillaire provoquerait une affection spécifique et locale, la stomatite ulcéreuse.

Par contre, Marfan, Vincent, Vidal, sont d'un avis contraire et adoptent la théorie polymicrobienne.

Vincent distingue, d'après leur flore microbienne, 3 formes de stomatites :

1^o les stomatites dues à l'association fuso-spirillaire ;

2^o les stomatites à microbes pyogènes ;

3^o les stomatites polymicrobiennes où l'on trouve tous les germes de la flore buccale habituelle.

On peut donc conclure avec Ruppe :

« Comme cette association fuso-spirillaire existe de façon constante dans la bouche et intervient dans presque toutes les infections secondaires des lésions buccales, il faut pour affirmer qu'il s'agit d'une lésion fuso-spirillaire, que les frottis soient farcis des éléments de cette association. »

De plus, il semble rationnel de considérer que :
« Si les autres microbes buccaux sont d'ordinaire pyogènes, ils peuvent devenir sphacélisants et donner naissance à des stomatites à allure ulcéro-membraneuse. En tout cas, ils se comportent comme des aérobies. Ils préparent la tâche de l'association fuso-spirillaire qui, étant anaérobie, a besoin pour se développer de tissus privés d'oxygène. C'est en cela que ces affections sont polymicrobiennes avec prédominance d'action fuso-spirillaire. »

ÉTUDE CLINIQUE D'ENSEMBLE

Nous donnerons d'abord un court aperçu de la symptomatologie et de l'évolution générale des stomatites, pour entrer ensuite dans l'étude détaillée de chacune des formes cliniques que nous envisagerons.

Les stomatites se traduisent, en général, par des symptômes locaux et des symptômes généraux.

Parmi les *symptômes locaux*, on recherchera des signes physiques et fonctionnels.

Les *signes physiques* consistent en modifications de la muqueuse buccale qui est devenue rouge, œdématisée, ulcéreuse, recouverte d'un exsudat. Ces lésions peuvent être localisées ou généralisées et s'accompagner d'un engorgement plus ou moins marqué des ganglions sous-maxillaires.

Les *signes fonctionnels* sont : les douleurs, les troubles de la sécrétion salivaire et les modifications de l'haleine.

a) Les douleurs peuvent aller du simple « agacement » des dents et des gencives, à l'acuité de la douleur névralgique ; gênant la mastication, la déglutition et même la phonation.

b) La sécrétion salivaire peut être rare et visqueuse ou plus souvent abondante et irritante.

c) L'haleine est forte ou fétide, d'odeur repoussante.

Les *symptômes généraux* sont nuls dans les formes légères, peu marqués dans les formes moyennes et ne deviennent inquiétants que dans les formes gangréneuses. Ils consistent principalement en *troubles digestifs* (inappétence ou diarrhée), légère anémie, amaigrissement, asthénie, hypothermie modérée et quelquefois légère albuminurie.

Les stomatites évoluent vers la guérison, sans complications, dans la très grande majorité des cas ; mais parfois elles se compliquent du fait de la propagation de l'infection. Celle-ci peut se propager aux organes voisins et donner une inflammation des glandes salivaires, des infections des voies digestives supérieures et des infections de l'arbre bronchique.

Si l'infection se propage par voie lymphatique, elle peut donner lieu à des lymphangites et adénites sous-mentales, envahir ensuite le tissu cellulaire et donner des lympho-phlegmons ou des adéno-phlegmons. Dans certains cas, heureusement très rares, on voit apparaître des véritables phlegmons diffus, constituant des cellulites lympho-septiques de Sébileau, qui peuvent avoir des localisations multiples, mais qui siègent de préférence à la région du plancher de la bouche.

Si l'infection suit la voie veineuse, il peut en résulter des phlébites (veine faciale, veines orbitaires, veines de la dure-mère) ou une septicémie, qui peut prendre des formes multiples.

A côté de ces manifestations aiguës, il en est d'autres à évolution chronique qui s'observent chez

les sujets âgés porteurs de caries multiples et de chicots infectés. Il existe chez eux une suppuration interminable des alvéoles et des gencives qui aboutit à la « cachexie dentaire » de Lejars. Ces sujets sont asthéniques, amaigris, souvent albuminuriques et voient cesser leurs troubles par une simple mise en état de la bouche.

*
* * *

De nombreuses classifications des stomatites ont été données, basées : tantôt sur l'anatomie pathologique, tantôt sur l'étiologie. Elles sont toutes arbitraires. Nous allons étudier d'abord les formes anatomo-cliniques et ensuite, les formes étiologiques.

Formes anatomo-cliniques

Nous décrirons successivement :

- I. — La forme érythémateuse simple.
- II. — La forme érythémato-pultacée.
- III. — La forme ulcéro-membraneuse.
- IV. — La forme gangréneuse.
- V. — La forme pseudo-membraneuse.
- VI. — La forme vésiculeuse.

auxquelles nous pourrions ajouter la *forme pigmentaire* et la *forme hémorragique*.

I. — FORME ÉRYTHÉMATEUSE SIMPLE

Cette forme qui constitue le premier degré des réactions inflammatoires de la muqueuse buccale,

est caractérisée essentiellement par une rougeur uniforme ou en pointillé, diffuse ou localisée, et rien que par cette rougeur. La muqueuse est sèche et luisante.

Elle se traduit cliniquement par une sécheresse ou une chaleur de la bouche et s'accompagne souvent de douleurs. C'est le type de la stomatite due au cyanure de mercure.

Cette forme évolue généralement en deux jours vers une inflammation buccale plus marquée c'est :

II. — LA FORME ÉRYTHÉMATO-PULTACÉE

La muqueuse qui était simplement rouge présente des modifications de l'épithélium qui en proliférant et desquamant, forme un enduit blanchâtre ou opalin, qu'on détache facilement de la muqueuse qui apparaît rouge, mais intacte. Cet enduit a une structure purement muqueuse et se dissocie facilement dans l'eau.

La muqueuse peut être le siège d'un œdème léger. Ces lésions locales s'accompagnent de douleurs de la langue, de la mâchoire et des lèvres, ainsi que d'une légère fétidité de l'haleine.

La salivation est abondante et irritante.

Les signes généraux sont nuls ou peu marqués : inappétence, malaise, fatigue.

Cette forme évolue habituellement sans complications, elle guérit en 12 ou 15 jours, mais si la cause persiste, elle s'aggrave et passe à la forme ulcéreuse.

Elle est secondaire, tantôt à des maladies infectieuses, tantôt à des lésions dentaires ; elle est loca-

lisée ou généralisée. Elle peut être chronique comme la stomatite des fumeurs et celle des verriers décrite par Guinaud.

III. — LA FORME ULCÉRO-MEMBRANEUSE

Cette forme ulcéro-membraneuse survient quelquefois d'emblée, mais plus souvent elle vient compliquer une stomatite érythémato-pultacée. Le début s'annonce par des troubles locaux : sensation de chaleur et de douleur au niveau de la bouche. Exceptionnellement, on observe pendant un ou deux jours quelques signes prodromiques : malaise, courbature, léger mouvement fébrile.

Localement, on observe des plaques jaunes formées par la nécrose de la partie superficielle de la muqueuse ; ces plaques se détachent en 24 heures laissant des ulcérations superficielles et localisées, qui, ensuite, s'étendent en surface, en profondeur, détruisant toute la muqueuse, mais sans toucher les tissus sous-jacents. Elles sont irrégulières, à bords tuméfiés et taillés à pic, à fond couvert d'un exsudat gris sa-
nieux formé de pus, de sang et de débris muqueux nécrosés. Cet exsudat se dissocie assez facilement dans l'eau, il n'est pas formé d'une couenne fibrineuse et l'on peut le détacher avec un tampon d'ouate. Cet exsudat a été souvent pris pour une fausse membrane et de là le nom donné à cette forme : ulcéro-membraneuse.

L'ulcération est entourée par une muqueuse

rouge et tuméfiée, mais sans œdème, ni induration. Cette forme est en général unilatérale ; la forme bilatérale est exceptionnelle.

Les ulcérations siègent de préférence aux gencives, (à la gencive inférieure chez l'adulte) et envahissent par auto-inoculation la face interne de la joue du même côté. Elles peuvent siéger, mais plus rarement, à la voûte palatine, aux lèvres et à la langue.

L'adénopathie sous-maxillaire est de règle. L'haléine, d'une odeur écœurante est à la fois aigre et fétide. La salivation est abondante.

La douleur locale est très vive, gênant la phonation, et la déglutition, empêchant la mastication.

Les symptômes généraux se réduisent à une légère élévation de la température, à quelques troubles digestifs accompagnés de troubles de la nutrition : amaigrissement, asthénie.

L'évolution est bénigne. Traitée, elle se déterge en 5 jours et guérit en 2 semaines ; non traitée, elle peut se prolonger pendant 2 ou 3 mois. Elle peut se compliquer de chute des dents et de nécrose du rebord alvéolaire et, chez les sujets débilités et mal soignés, de noma.

IV. — LA FORME GANGRÉNEUSE

La forme gangréneuse est caractérisée par l'extension rapide des lésions en surface et en profondeur, par la nécrose avec transformation putride des tissus, par l'intensité des phénomènes généraux. Elle

apparaît surtout sur un terrain fatigué et débilité par une infection grave et antérieure.

Nous décrirons ici le noma qui est le type de cette forme :

Le noma atteint presque exclusivement les enfants entre 3 et 5 ans, à la suite de la rougeole surtout, et plus rarement à la suite d'une diphtérie ou de la fièvre typhoïde. Fréquent autrefois dans les milieux hospitaliers, il est rare depuis l'application des méthodes antiseptiques.

La phase initiale de cette affection est rarement observée. Elle consiste en une tache jaune de la muqueuse qui se recouvre de phlyctènes à liquide clair, qui, en se rompant quelques heures après, donnent des ulcérations se fusionnant rapidement.

Mais c'est 2 ou 3 jours après qu'on voit généralement le malade et alors on trouve :

Un ulcère qui s'accroît avec une rapidité effrayante, atteint les lèvres et la voûte palatine, après avoir envahi les joues et les gencives, gagne en profondeur : déchausse les dents et nécrose le maxillaire. Ses bords sont irréguliers et déchiquetés et son fond sanieux.

Cet ulcère est entouré de tissus d'abord œdématiés, puis indurés. La joue est tendue et livide, présentant à la palpation un noyau dur et volumineux répondant à l'ulcère gangréneux de la muqueuse, non douloureux.

La dureté ligneuse de ce noyau et la fétidité de l'haleine qui peut empester une salle entière, sont les caractéristiques de cette forme.

Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés, mais peu volumineux et indolores.

La salivation est abondante, la salive qui s'écoule est mêlée de sang et de débris putrilagineux.

La douleur existe à peine : de même, la parole, la mastication et la déglutition sont peu troublées.

L'état général est très touché, le teint est pâle et terreux, les yeux cernés, l'albuninurie et l'hypotension artérielle montrent la gravité de l'infection. Vers le 5^e jour, on voit apparaître le tableau de toxémie putride. La température oscille entre 38°5 et 40°, le pouls est rapide, le teint plombé et l'amaigrissement rapide. Il y a des sueurs profuses, des frissons ; l'anorexie est absolue ; les vomissements ou la diarrhée fétide ne manquent jamais.

Les troubles nerveux peuvent survenir et le malade meurt vers le 8^e ou 15^e jour, dans un état de prostration extrême, dans l'agitation avec hyperthermie ou par complication intercurrente. Exceptionnellement, le malade peut résister et guérir, l'eschare se limite et tombe, et un bourgeonnement lent vient combler la perte de substance.

Les rechutes sont à craindre et la guérison ne s'obtient qu'au prix de mutilations plus ou moins importantes : chutes des dents, du bord du maxillaire, cicatrice difforme de la joue ou fistule interminable.

Ce type de stomatite gangréneuse est le même que nous retrouverons plus loin au cours des intoxications, des maladies infectieuses graves ou de certaines affections aiguës du sang.

V. — LA FORME PSEUDO-MEMBRANEUSE

On désigne sous cette dénomination les infections buccales qui ont pour caractère commun l'existence d'une fausse membrane au niveau des lésions.

La fausse membrane est une pellicule plus ou moins épaisse, blanchâtre ou jaunâtre, caractérisée par :

- 1^o Son adhérence à la muqueuse ;
- 2^o Sa cohérence ;
- 3^o Sa production rapide sur place et par sa structure fibrineuse.

Ces caractères permettent de la différencier de l'exsudat.

Nous ne décrirons ici, ni la *stomatite diphtérique* que nous verrons plus loin, ni les *stomatites vésiculo-membraneuses* qui sont toujours secondaires à la forme vésiculeuse que nous allons étudier en particulier, pour nous limiter à l'étude des *formes diphtéroïdes* qui elles-mêmes, comprennent les formes suivantes :

1^o La *forme traumatique* qui survient à la suite de brûlures ou de cautérisations thérapeutiques trop violentes (par des cristaux d'acide trichloracétique, par exemple).

2^o La *stomatite diphtéroïde* des nouveau-nés qui peut revêtir une forme épidémique dans les crèches. Elle semble due au streptocoque.

Elle débute à la voûte palatine ou au frein de la langue. Elle peut envahir les gencives, les joues, la région sublinguale et la langue.

Comme toutes les formes diphtéroïdes, elle est caractérisée par un exsudat pseudo-membraneux qui recouvre de petites ulcérations : c'est une véritable stomatite ulcéro-membraneuse.

Dans cette forme il n'y a ni réaction ganglionnaire, ni fétidité de l'haleine. Son évolution est bénigne, elle guérit en deux semaines et se complique exceptionnellement.

3^o La *stomatite ulcéro-membraneuse diphtéroïde commune* qui survient surtout à la suite de lésions dentaires. Elle s'accompagne d'engorgement ganglionnaire, de fétidité de l'haleine et quelquefois de trismus.

4^o La *stomatite impétigineuse*, décrite par Bergeron et Comby, est très fréquente chez l'enfant et se caractérise par des ulcérations superficielles recouvertes d'une fausse membrane, d'où son nom de stomatite diphtéroïde que lui ont donné Sevestre et Gastou.

Elle survient toujours au cours de l'impétigo de la face soit par propagation directe, soit par auto-inoculation à distance : l'enfant portant à sa bouche ses doigts septiques après grattage des lésions externes.

Cette forme présente, d'après Sevestre, 3 caractères fondamentaux :

- a) son siège ;
- b) la lésion élémentaire et
- c) sa bénignité.

Elle débute à la face interne des lèvres, surtout à la lèvre inférieure, se cantonne souvent au vestibule

constituant la *stomatite vestibulaire* de Comby ou la *labialite* de Marfan.

Ces lésions peuvent gagner ensuite la langue, surtout à sa face dorsale et à la pointe, les gencives, rarement la face interne des joues, mais jamais la voûte palatine.

La lésion élémentaire est constituée par une fausse membrane diphtéroïde, blanc jaunâtre qui recouvre une ulcération superficielle. Ces lésions sont peu nombreuses, elles sont peu douloureuses et ne s'accompagnent jamais d'adénopathie, l'haleine est forte. Elle guérit en 15 jours sans cicatrice. Exceptionnellement, et seulement chez les enfants débilités, on peut voir les ulcérations devenir phagédéniques et se compliquer de gangrène.

VI. — LA FORME VÉSICULEUSE

La forme vésiculeuse est caractérisée par sa lésion élémentaire qui est une vésicule ou une vésico-pustule. Mais les vésicules sont éphémères, leur paroi supérieure disparaît rapidement par macération et il reste à leur place des petites ulcérations qui se recouvrent d'une fausse membrane fibrineuse adhérente constituant ainsi la forme vésiculo-membraneuse, nom qu'on tend à leur donner bien souvent.

Nous décrirons ici la stomatite herpétique et la stomatite aphteuse qui constitue le type classique de cette forme.

a) *La stomatite herpétique*

Cette variété est la manifestation buccale d'une maladie infectieuse générale. Elle se rencontre le plus souvent chez des enfants de 2 à 5 ans. Elle peut être associée à l'angine herpétique ou être isolée.

Son début est violent, avec fièvre, frisson, céphalalgie et phénomènes généraux alarmants : température à 40°. La bouche devient douloureuse et la salivation abondante. Au bout de 2 ou 3 jours, on voit apparaître aux commissures labiales, aux joues, aux gencives, à la langue et à la voûte palatine, sur une muqueuse rouge et turgescence, des vésicules d'herpès arrondies, transparentes, isolées ou groupées en bouquets, qui s'ulcèrent en quelques heures et se couvrent d'un exsudat pseudo-membraneux opaque, blanc, à contours arrondis ou polycycliques.

Les ganglions sous-maxillaires sont un peu tuméfiés. Les signes fonctionnels sont souvent très marqués, la douleur est très vive.

Généralement, la fièvre tombe au 2^e ou 3^e jour et l'évolution se fait vers la guérison en 8 à 10 jours. La complication gangréneuse est exceptionnelle et ne se voit que dans les formes graves chez les sujets débilités.

Il existe une forme d'herpès buccal récidivant, souvent très rebelle au traitement. Le siège en est, de préférence, la pointe et les bords de la langue. L'herpès buccal est extrêmement douloureux et récidive périodiquement pendant des mois ou des années.

b) *La stomatite aphteuse* a été décrite par Rilliet et Barthez. Elle est fréquente chez l'enfant.

La stomatite aphteuse est considérée par certains auteurs comme une maladie spécifique, contagieuse et épidémique, et pour d'autres, comme un mode particulier de réaction de la muqueuse buccale.

Le début est marqué par l'éclosion des vésicules, précédée souvent d'une fièvre légère avec soit vive et de troubles digestifs (vomissements ou diarrhée).

Les vésicules sont peu nombreuses, parfois 2 à 3 éléments, siégeant de préférence à la face interne des lèvres, dans le sillon gingivo-labial ou sur les bords de la langue. Elles crèvent rapidement et laissent une ulcération à bords nets et à fond rouge vif qui se recouvre d'un exsudat pseudo-membraneux.

La stomatite aphteuse est particulièrement douloureuse, empêchant l'alimentation.

L'évolution est bénigne, elle se fait vers la guérison en 7 ou 8 jours. Cependant, on a décrit des formes graves à vésicules nombreuses avec atteinte marquée de tout l'organisme ; certaines formes même furent mortelles.

VII. — FORMES DIVERSES

Enfin, pour finir avec ces formes anatomo-cliniques, nous citerons la *forme hémorragique* caractérisée par un piqueté purpurique et des suffusions sanguines, qui coïncide souvent avec une forme ulcéreuse et qui est due à des altérations sanguines, soit toxiques ou

infectieuses et la *forme pigmentaire*, qui consiste en une pigmentation noirâtre ou grisâtre de la muqueuse soit localisée à certains points, soit généralisée (éventualité rare).

Cette dernière forme est réalisée surtout par l'intoxication saturnine ou bismuthique, elle peut constituer un simple liseré ou des taches circonscrites.

Formes étiologiques

Dans la classification de ces formes nous ne tiendrons pas compte du *germe* en cause, mais des facteurs généraux ou locaux qui conditionnent l'apparition des stomatites. Nous essayerons de donner seulement ce qui au point de vue anatomo-clinique constitue leur originalité pour ne pas répéter chaque fois ce qui a été dit au chapitre précédent.

Nous les classerons en trois groupes :

- I. — Stomatites de cause locale,
- II. — Stomatites de cause générale,
- III. — Stomatites d'origine toxique.

I. — STOMATITES DE CAUSE LOCALE

Dans ce groupe doivent être réunies des maladies qui se manifestent essentiellement par des signes buccaux, telles que la fièvre herpétique et la fièvre aphteuse, qui donnent les *stomatites herpétique et aphteuse*, — le *noma*, et la *stomatite ulcéro-membra-*

neuse commune d'origine dentaire décrite par Magitot et Galippe.

Peut être également classée ici, la *stomatite impétigineuse* que l'on peut voir après un impétigo de la face.

Ayant décrit antérieurement la plupart de ces stomatites, nous ne parlerons que de :

LA STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE COMMUNE D'ORIGINE DENTAIRE.

Celle-ci débute autour d'une molaire en éruption gagnant de proche en proche les gencives qui entourent les dents voisines et se caractérise par une ulcération à bords irréguliers, recouverte d'un exsudat diphtéroïde jaunâtre. Son évolution est insidieuse, sans douleurs et sans signes généraux, mais elle peut se généraliser à tout un côté de la bouche et donner lieu à du trismus, de la douleur et de la fièvre, avec sialorrhée intense et fétidité de l'haleine. Tous ces troubles disparaissent après avulsion de la dent.

II. — STOMATITES DE CAUSE GÉNÉRALE

1^o STOMATITE DIPHTÉRIQUE.

Cette stomatite est rare ; on la rencontre surtout chez des sujets qui présentaient préalablement des lésions inflammatoires buccales, comme lorsque la diphtérie survient au cours d'une scarlatine ou d'une

rougeole. Comme manifestation primitive de la diphtérie, elle est exceptionnelle. Le plus souvent elle fait suite à l'angine, par l'extension à la bouche des fausses membranes pharyngées.

Il en existe deux formes : celle où la fausse membrane est blanche, peu extensive avec une muqueuse légèrement ulcérée et une adénopathie discrète, et celle caractérisée par une fausse membrane très adhérente et un état ecchymotique de la muqueuse s'accompagnant d'hémorragies et d'adénopathie importante.

Cette dernière retentit sur l'état général et comporte un pronostic sévère au contraire de la première forme qui cède vite au sérum.

2^o STOMATITE DE LA ROUGEOLE.

La stomatite de la rougeole ou *éнанthème buccal morbilloux* présente un intérêt diagnostique considérable et il faut la différencier des complications buccales qui peuvent survenir au cours de la maladie ou pendant la convalescence.

L'énanthème buccal morbilloux est caractérisé par :

- a) le pointillé du voile du palais, petites taches rouges séparées par intervalles de muqueuse saine ;
- b) la stomatite érythémato-pultacée de Comby se traduisant par la rougeur et le gonflement des gencives lesquelles sont souvent recouvertes d'un enduit opalin ;

c) les taches de Köplik, taches de la dimension d'une tête d'épingle de coloration blanc bleuâtre siégeant à la face interne des joues et adhérentes à la muqueuse sous-jacente.

Ces lésions précèdent l'exanthème de 3 à 4 jours, et puisent leur intérêt dans leur valeur diagnostique.

Les stomatites-complications surviennent au cours de la maladie ou pendant la convalescence et peuvent revêtir la forme diphtéroïde ou impétigineuse ; rarement la forme ulcéreuse. Actuellement, la forme gangréneuse est exceptionnelle.

3^o LA STOMATITE DE LA SCARLATINE.

La stomatite apparaît pendant la période d'invasion ; elle est caractérisée, comme on le sait, par une rougeur uniforme de la muqueuse buccale surtout à la face interne des joues et des gencives. La langue apparaît blanche au milieu, rouge sur la pointe et sur les bords. A partir du 3^e jour la langue desquame et vers le 5^e jour elle prend l'aspect framboisé caractéristique. Rarement, on observe une stomatite nécrotique de la face dorsale de la langue et de la face interne des joues. Dans ce cas, on voit des plaques d'un jaune grisâtre qui tranchent avec la couleur framboisée avoisinante. Le seul intérêt de ces stomatites réside dans leur grande valeur diagnostique.

4^o STOMATITE DE LA RUBÉOLE.

Elle se réduit à une forme érythémateuse simple.

5^o STOMATITE DE LA VARICELLE.

La stomatite prend une forme vésiculeuse qui apparaît dès le premier jour de l'éruption. Les vésicules siègent sur le voile du palais et à la face interne des joues. Elles ne causent aucun trouble fonctionnel. Les vésicules crèvent rapidement, comme toute vésicule développée sur une muqueuse, et laissent une petite ulcération qui peut se recouvrir d'une mince fausse membrane.

Quelquefois, elle tient la première place dans le tableau clinique : les ulcérations sont nombreuses et peuvent causer des troubles de la mastication et de la déglutition s'accompagnant alors d'anorexie et de douleurs vives.

6^o STOMATITE DE LA VARIOLE.

Cette stomatite est caractérisée par des lésions érythémato-pultacées et vésiculeuses. En effet, toute la muqueuse est rouge, recouverte, d'un enduit blanchâtre. Par endroit, on voit des vésicules faisant place rapidement à des ulcérations qui se recouvrent ensuite d'une fausse membrane.

Dans certains cas, elle est discrète et passe inaperçue.

Dans la forme confluente, elle cause des troubles fonctionnels très marqués : douleur intense avec dysphagie et salivation. Elle peut s'infecter secondairement et déterminer des stomatites phlegmoneuses ou se compliquer d'infections de voisinage.

Dans la forme hémorragique, on note sur le voile des ecchymoses et on observe fréquemment des hémorragies gingivales.

7^o STOMATITE DES OREILLONS.

La stomatite des oreillons consiste en une légère rougeur et un peu de tuméfaction de la face interne de la joue : au voisinage des dernières grosses molaires. Elle est surtout marquée au voisinage de l'orifice du canal de Stenon qui est rouge vif et tuméfié.

Elle est rare, on ne la rencontre que dans un tiers des cas environ.

8^o STOMATITE DE LA COQUELUCHE.

Vers le 3^e septénaire de la maladie, et dans la moitié des cas, peut apparaître la classique ulcération du frein de la langue. La lésion consiste en une petite ulcération superficielle, ovale, à bords irréguliers, recouverte par un enduit pseudo-membraneux. Elle est d'origine traumatique, le frein de la langue s'ulcérant sur les arcades dentaires au moment des quintes.

9^o STOMATITE DE L'ÉRYSIPÈLE.

Dans l'érysipèle, la stomatite est exceptionnelle ; elle survient à la suite d'un érysipèle de la face ou du pharynx et siège de préférence à la langue et sur la muqueuse jugale. Elle peut revêtir une forme érythémato-pultacée à laquelle peut faire place une forme ulcéro-membraneuse s'accompagnant d'une réaction

ganglionnaire intense et de douleur vive, empêchant la mastication.

Les érysipèles atteignant les muqueuses sont généralement graves.

10° STOMATITE GONOCOCCIQUE.

Elle est très rare, mais a pu être observée chez le nouveau-né, contaminé au passage des voies génitales ou chez l'adulte après coït buccal. Elle revêt une forme ulcéro-membraneuse généralisée qui guérit facilement en 8 à 10 jours.

11° STOMATITE DE LA SPRUE.

Cette stomatite revêt une forme vésiculeuse à petites vésicules du volume d'une tête d'épingle. Les vésicules font place rapidement à de petites ulcérations à fond blanc jaunâtre et saignant facilement. Elles siègent de préférence sur la langue, sur les bords, sur la pointe et au niveau du frein.

La douleur est très vive et gêne l'alimentation, la déglutition et la mastication. Il n'y a pas de réaction ganglionnaire. Son évolution se fait par poussées.

Elle constitue un des principaux symptômes de la sprue avec la diarrhée et l'anémie. On sait que l'on admet généralement que la « diarrhée chronique des pays chauds » est due à des levures du genre « *Monilia psilosis* ».

12° STOMATITES DES INFECTIONS TYPHOÏDIQUES.

Ces stomatites prennent souvent la forme ulcéreuse siégeant de préférence sur les bords de la langue. Les ulcérations sont recouvertes d'un enduit diphthéroïde et saignent facilement. Ces stomatites sont toujours banales et dues à des germes d'infections secondaires ; il faut en rapprocher celles que l'on voit dans toutes les maladies graves où elles sont favorisées par la diminution des sécrétions buccales et salivaires.

13° STOMATITE DE LA LEUCÉMIE AIGUE.

L'atteinte buccale constitue souvent un des premiers symptômes de la maladie. Le début se caractérise par la tuméfaction des languettes gingivales et par un suintement sanguin. Les languettes interdentaires deviennent ensuite violacées et tranchent avec la pâleur des gencives.

Mais, d'autres fois, il existe une véritable stomatite leucémique qui a un aspect scorbutique (Ruppe et Hénault). Les gencives deviennent fongueuses, les dents disparaissent dans un bourrelet violacé couvert de caillots noirâtres. Elles saignent au moindre attouchement.

Dans certains cas, au lieu de rester à ce type hypertrophique, elle prend le type nécrotique. Un processus de nécrose frappe le bourrelet gingival décollé et fongueux et des ulcérations apparaissent découvrant le collet des dents.

Le noma typique a été observé par Landais, chez un malade qui n'avait pas présenté les lésions précédemment décrites.

Dans les autres états leucémiques peuvent se rencontrer des lésions voisines ; A. Patte, dans sa thèse en a fait une étude particulièrement attentive.

14^o STOMATITE DE L'AGRANULOCYTOSE.

On peut rapprocher des états leucémiques, les autres troubles sanguins, tels que le syndrome agranulocytaire. La stomatite, associée ou non à l'angine, bien connue, est un des signes importants de la triade de Schultz, triade constituée par : état infectieux grave, angine nécrotique, agranulocytose.

L'angine et la stomatite agranulocytaires sont caractérisées par la rapide ulcération des lésions, d'où le nom de « nécrotique ». Ces ulcérations sont recouvertes d'exsudation fibrineuse et peuvent aboutir à un véritable noma bucco-pharyngé.

Il est intéressant de signaler que l'on a décrit des cas où la stomatite et l'angine ont été les premiers signes de l'agranulocytose, si bien qu'on a demandé que dans toute angine ou dans toute stomatite avec état général grave, soit fait un examen de sang.

On peut peut-être découvrir ainsi des agranulocytoses frustes, mais il semble exagéré de prétendre à l'utilité de faire un examen de sang à toute angine ou à toute stomatite banales dans le but de mettre en évidence une monocytose latente.

15° STOMATITE DE L'ANÉMIE PERNICIEUSE.

Dans la maladie de Biermer, on peut observer une gingivite fongueuse se manifestant par la tuméfaction des languettes interdentaires et des hémorragies gingivales plus ou moins importantes.

16° STOMATITE SYPHILITIQUE.

Nous avons conservé pour la fin de ce chapitre, cette stomatite, car elle nous apparaît plus théorique que clinique. Cette stomatite syphilitique serait caractérisée par une rougeur uniforme de l'arrière-bouche, des piliers, du voile et de la luette. Cette rougeur s'étendrait aux joues et aux lèvres et déterminerait une sensation de sécheresse et de chaleur buccale. Ce qui est fréquent, c'est de trouver autour des plaques muqueuses un état congestif de la région avoisinante, mais il est tout à fait exceptionnel de rencontrer une stomatite isolée; beaucoup la nient.

III. — CAUSES TOXIQUES ENDOGÈNES

1° STOMATITE URÉMIQUE.

La stomatite urémique se rencontre surtout au cours des néphrites chroniques et s'annonce par une fétidité spéciale de l'haleine qui précède de quelques jours les lésions buccales.

Elle peut revêtir deux formes : une forme érythémato-pultacée qui, se prolongeant, peut réaliser la forme ulcéreuse.

Dans la forme érythémato-pultacée : la muqueuse buccale est rouge vif, brillante et recouverte au niveau des gencives d'un enduit opalin ou grisâtre, très adhérent. La langue est rouge sur les bords et recouverte d'un enduit blanc, épais et gluant sur sa face dorsale. Il y a des troubles de la gustation et du dégoût pour les aliments. On peut constater aussi sur les gencives au niveau des languettes interdentaires, des granulations inflammatoires, friables, rouge vif et par endroit, d'aspect polypoïde. La salive est rare, épaisse, gluante.

La forme ulcéreuse est caractérisée par la présence en certains points d'ulcérations, tantôt circulaires ou ovalaires, tantôt irrégulières, à fond grisâtre et entourées d'une muqueuse gonflée et violacée qui saigne facilement.

On note toujours une réaction ganglionnaire importante. Comme dans la forme précédente, la salive peut être rare et gluante, ou au contraire très abondante : elle serait très concentrée en urée.

Cette stomatite se complique de muguet et son pronostic devient alors grave, car cette complication se voit généralement chez des malades très fortement azotémiques.

2^o STOMATITE DIABÉTIQUE.

Lastomatite est très fréquente chez les diabétiques. Elle se traduit par une sécheresse persistante de la bouche et par la fétidité de l'haleine ; dans le diabète avec acétonémie, elle prend une odeur acétonique des plus accentuées. La muqueuse est rouge, surtout au niveau de la langue qui est sèche ; elle se fissure et s'ulcère facilement. Il existe en même temps une gingivite : les languettes interdentaires sont décollées, soulevées, mamelonnées, deviennent molles et fongueuses. Les fongosités peuvent exister autour des collets des dents et sont le siège d'hémorragies au moindre contact. La gingivite est due à une destruction aiguë des alvéoles.

Cette destruction entraîne la chute rapide des dents, réalisant la *gingivite expulsive* de Magitot.

La gingivo-stomatite diabétique peut être un des premiers signes du diabète ; elle présente par là une grande valeur diagnostique.

3^o STOMATITE HÉPATIQUE.

Toutes les maladies de la cellule hépatique retentissent sur la muqueuse buccale, spécialement la cirrhose atrophique. Elles donnent lieu à une stomatite qui consiste en une rougeur intense de la muqueuse, surtout au niveau de la langue qui est lisse et luisante. Les gencives sont tuméfiées et fongueuses et sont le siège d'hémorragies fréquentes,

spontanées, présentant un grand intérêt pronostique de l'affection hépatique.

4^o STOMATITES DES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES.

Dans la dyspepsie hyperchlorhydrique, la muqueuse buccale est rouge, surtout au niveau de la langue, et s'accompagne de sialorrhée intense.

La constipation chronique donne lieu souvent à une stomatite érythémato-pultacée tenace, au cours de laquelle on peut voir survenir de temps en temps des poussées d'aphtes.

Dans les colites graves ou chroniques, on observe souvent une stomatite érythémato-pultacée qui peut devenir *ulcéreuse* comportant un mauvais pronostic, car elle ouvre la porte à des infections secondaires (Nous avons cité plus haut la stomatite de la sprue.)

5^o STOMATITE SCORBUTIQUE.

Chez l'adulte, la stomatite scorbutique se caractérise par une gingivite débutant par des douleurs et une tuméfaction des languettes interdentaires qui saignent au moindre contact.

La muqueuse, d'abord décolorée, devient violette, s'œdématisée et forme des bourrelets qui recouvrent presque complètement les dents. Les languettes gingivales s'hypertrophient et forment de gros bourgeons qui dépassent le niveau dentaire et s'ulcèrent. Les ulcérations s'infectent, les dents se déchaussent et tombent, les maxillaires se nécrosent. La bouche

est le siège d'une suppuration fétide et d'hémorragies abondantes. Au niveau du palais, on peut noter des suffusions sanguines qui forment de véritables hématomes. La douleur qui accompagne ces lésions empêche la mastication et la déglutition.

Chez l'enfant sans dents, on ne voit que des ecchymoses buccales siégeant au niveau des amygdales et du voile du palais.

Chez l'enfant qui a déjà des dents, les lésions peuvent revêtir le même aspect que chez l'adulte, mais à un degré moindre. On trouve chez eux, des suffusions sanguines au niveau du voile, et un bourrelet violacé plus ou moins saillant, recouvrant les dents, saignant facilement au moindre contact et s'accompagnant de douleurs très vives.

Le scorbut est maintenant exceptionnel et se rencontre surtout chez des sujets qui par « excès d'hygiène » se sont imposés des régimes privés de vitamine C.

6° STOMATITE PELLAGREUSE.

Comme dans le scorbut, on peut observer dans la pellagre, une gingivite hypertrophique hémorragique. Les gencives s'œdématisent, forment des bourrelets saillants et saignant facilement. La muqueuse buccale tout entière est rouge, tuméfiée, douloureuse, et la langue est fissurée.

IV. — CAUSES TOXIQUES EXOGÈNES

Ce chapitre constitue une importante partie de l'étude que nous nous sommes proposée, comprenant toutes les stomatites toxiques.

Une littérature extrêmement abondante y a été consacrée, et il nous est impossible d'exposer, même d'une manière résumée, tout ce qui en a été dit.

Nous en donnerons donc un rapide raccourci clinique, notre but étant seulement de situer la question au point de vue clinique avant de rapporter nos essais thérapeutiques.

1^o STOMATITE MERCURIELLE

Historique. — C'est à la fin du xv^e siècle que le mercure apparaît pour la première fois dans le traitement antisyphilitique (1). Gaspar Torella, en 1497, et Conradi, en 1498, furent les premiers à l'employer sous forme d'onguents, emplâtres et fumigations.

Ce fut l'époque des stomatites effroyables et on faisait de leur apparition une condition de succès du traitement.

C'est en 1734 que Henri Haguenot prescrit pour la première fois le mercure à des doses qui ne produisent pas la salivation qu'il juge « inutile et dangereuse ».

(1) Et, fait digne d'être signalé, c'est quatre années seulement après que la syphilis eut fait son apparition que le remède, non détrôné pendant cinq siècles, lui fut opposé.

Küssmaul, en 1861, dans son livre *le Mercurialisme* montre la différence entre les accidents dus au mercure et ceux qu'il fait attribuer à la syphilis, et Ricord précise nettement les indications du traitement mercuriel ainsi que son mode d'emploi.

En 1884, le Professeur Lang de Vienne, introduit dans la thérapeutique un nouveau mode d'administration du mercure : c'est l'huile grise en injections intramusculaires.

Hallopeau se prononce contre cette nouvelle méthode à cause des accidents de salivation qui peuvent être graves.

Balzer présente une formule nouvelle : l'huile grise benzoïnée et indique que les soins de la bouche, pendant son administration, préservent des stomatites.

Mais les publications de stomatites graves affluent et Augagneur, en 1894, publie le cas d'une stomatite à répétition produite par une nodosité métallique de la fesse et qu'il a fallu enlever chirurgicalement pour que ces accidents cessent.

Barthélemy, Médecin de St-Lazare, présente en 1898 à la Société de Dermatologie, la seringue qu'il a conçue : « Depuis que je l'utilise, dit-il, je n'ai eu ni abcès, ni stomatite » et conseille les injections de 3 gouttes et demie au maximum.

Quelques années plus tard, Fournier (1906) décrit la forme hypertrophique pseudo-scorbutique produite par l'huile grise, de même qu'il fait une étude

magistrale de toutes les formes cliniques des stomatites mercurielles.

Depuis, des observations isolées, des travaux d'ensemble, ont été publiés sur la question.

Houzeau reprend, en 1929, dans sa thèse l'étude des stomatites dues à l'huile grise, et Milian décrit les formes frustes qu'il rencontre surtout avec le cyanure de mercure.

En résumé, on peut distinguer trois étapes dans l'historique de la stomatite mercurielle : la première où celle-ci est due aux frictions, la seconde où il s'agit de l'huile grise et la troisième où l'agent toxique est le cyanure de mercure (formes frustes de Milian).

Etude clinique. — Tout d'abord, il y a lieu de considérer ici trois grands groupes de stomatites mercurielles : celles dues à une intoxication accidentelle, celles de l'hydrargyrisme professionnel et celles d'origine médicamenteuse.

L'intoxication accidentelle due presque toujours au sublimé (erreurs ou tentatives de suicide) provoque une intoxication aiguë qui débute immédiatement après l'ingestion, par une saveur métallique avec sensation de picotement dans le pharynx et la cavité buccale. Trente-six ou 48 heures après, au milieu de tous les signes d'une irritation gastro-intestinale violente (douleurs, vomissements, diarrhée) apparaît la stomatite. Celle-ci est caractérisée au début par une tuméfaction de la muqueuse buccale et par un liseré rouge au niveau des collets dentaires, suivis

rapidement d'ulcérations au niveau des dents cariées.

Ces ulcérations s'étendent de proche en proche et finissent par tapisser entièrement la cavité buccale.

La langue est tuméfiée, les lèvres gonflées, violacées et recouvertes de fausses membranes. Il existe une sialorrhée abondante, la salive s'écoule de la bouche entr'ouverte, l'haleine est d'une fétidité extrême et les signes fonctionnels, la dysphagie et la dysphonie, sont très marqués.

Les parotides sont gonflées et l'adénite sous-maxillaire volumineuse déforme la figure du malade.

Des hémorragies peuvent survenir à la suite de la chute des escarres.

Le pronostic de cette stomatite dépend de l'intoxication générale dont l'évolution se fait presque toujours vers la mort.

Les stomatites dues à l'hydrargyrisme professionnel peuvent se voir chez les mineurs, doreurs, argenteurs et miroitiers, qui manipulent le mercure liquide ou chez les teinturiers, les photographes, chapeliers, fabricants de couleurs, qui emploient les sels de ce métal.

Ce sont des stomatites atténuées qui se caractérisent par un liseré grisâtre dû aux particules métalliques et par une ulcération linéaire avec enduit pseudo-membraneux au collet des dents. Celles-ci peuvent être grisâtres du fait de l'incrustation des fines poussières dans leur émail. Ces lésions s'accompagnent d'une salivation légère et de la fétidité de l'haleine, ainsi que de troubles généraux (anémie, amaigrissement, etc.) dus à l'intoxication chronique.

Les stomatites d'origine thérapeutique sont à notre point de vue beaucoup plus importantes.

STOMATITE MERCURIELLE, D'ORIGINE THÉRAPEUTIQUE.

Nous allons étudier d'abord les différentes formes de stomatites que l'on voit au cours d'un traitement mercuriel et ensuite nous reprendrons l'étude détaillée de celle due au cyanure de mercure et de celle produite par l'huile grise.

C'est à la suite de l'ingestion des préparations mercurielles (calomel), des injections intraveineuses (cyanure de mercure) ou d'injections intramusculaires (calomel ou huile grise) ou bien à la suite de frictions mercurielles, qu'on observe les stomatites, celles-ci pouvant revêtir toutes les formes.

L'ingestion donne une stomatite lente à s'établir, partielle, à évolution progressive et peu grave.

Les injections intraveineuses déterminent une stomatite brusque, légère et passagère.

Les injections intramusculaires de préparations insolubles produisent une stomatite à début tardif, toujours rebelle au traitement, souvent, grave pouvant se terminer par la mort.

Les frictions mercurielles provoquent une stomatite à début brusque, généralisée d'emblée, tenace, grave et parfois maligne.

C'est ainsi qu'on peut décrire trois formes essentielles :

1^o *La forme légère localisée*, qui peut revêtir quatre types :

a) *Le décollement rétromolaire* caractérisé par le déchaussement de la gencive en arrière de la dernière grosse molaire du côté où le malade se couche.

La gencive forme à ce niveau une petite languette rouge, décollée, quelquefois ulcérée.

Les troubles fonctionnels se réduisent à un peu de tension et de gêne.

b) *La gingivite périphérique*, localisée autour d'une dent cariée ou d'un chicot.

c) *La gingivite médiane inférieure* qui intéresse la sertissure des incisives inférieures du côté vestibulaire.

Les gencives sont rouges, gonflées, avec un liseré purpurique : la pression provoque de la douleur et fait sourdre un liquide séropurulent entre la gencive et la dent (Milian).

Elle s'accompagne d'agacement des dents, de gêne de la mastication et de fétidité de l'haleine.

d) *Hémistomatite*. La muqueuse buccale est le siège d'une inflammation unilatérale (du côté où le malade dort), intéressant la face interne de la joue. Les gencives du même côté présentent des excoriations. Les troubles fonctionnels sont accentués : sensation de brûlure, salivation légère et fétidité de l'haleine.

Toutes ces formes sont bénignes, mais lorsqu'elles sont négligées elles passent à la forme suivante.

2^o *Forme moyenne généralisée.*

Cette forme est caractérisée par une inflammation intense de toute la muqueuse buccale, prédominant aux incisives inférieures, à la grosse molaire inférieure et aux dents cariées, s'accompagnant d'ulcérations des languettes interdentaires, très douloureuses à la pression et saignant facilement.

La muqueuse interne des lèvres et des joues peut être tuméfiée et porter aussi des ulcérations.

Les dents sont déchaussées et recouvertes dans leur partie juxta-gingivale d'un enduit gris sale et très fétide.

La langue est tuméfiée et recouverte d'un enduit neigeux.

Les lésions s'arrêtent au niveau des piliers du voile.

L'adénopathie sous-maxillaire, l'haleine extrêmement fétide et la salivation abondante, épaisse, blanchâtre et filante, complètent les signes physiques de cette forme.

Les symptômes fonctionnels sont très intenses. La douleur très vive empêche la mastication et s'exagère au moindre contact provoquant un léger trismus.

Les symptômes généraux sont constitués par l'anorexie, l'insomnie, l'amaigrissement, l'asthénie, l'agitation ou la prostration. Il peut y avoir de l'albuminurie. La fièvre fait défaut. Cette forme guérit en 3 semaines, lorsqu'on a supprimé le traitement et qu'on l'a bien traitée.

3^o *La forme intense généralisée* présente la même

symptomatologie que la précédente, mais exagérée. Les ulcérations peuvent devenir gangréneuses, l'haleine est horriblement fétide et la sialorrhée peut atteindre 3 litres en 24 heures.

L'état général est très grave, les malades ont le teint pâle, terreux, présentent de la fièvre, de la diarrhée ; l'adynamie est marquée.

Malgré ce tableau clinique, en règle générale, les malades guérissent, mais au bout de plusieurs mois et après une longue convalescence. Cette forme était fréquente autrefois à la suite des piqûres d'huile grise.

On peut ajouter à cette forme :

La forme grave ou forme « historique » de Fournier qui évolue vers la mort, en règle générale.

STOMATITE DU CYANURE DE MERCURE.

Les lésions de la muqueuse buccale dues à ce sel soluble de mercure introduit par voie intraveineuse, sont caractérisées par leur polymorphisme, la rapidité de leur évolution et leur bénignité presque constante.

C'est très souvent dans les 24 heures qui suivent la première injection que la stomatite éclate ; quelquefois, c'est après la 2^e ou la 3^e piqûre, mais exceptionnellement à la fin de la série. Elle est accompagnée de douleurs dès son début ; celles-ci peuvent varier du simple agacement de toutes les dents, à la douleur névritique irradiante. La sialorrhée est constante, de saveur métallique, elle se traduit la nuit par un écoulement qui tache l'oreiller.

La fétidité de l'haleine est particulière, « fétidité mercurielle » (Milian).

Ces deux symptômes, douleurs et sialorrhée, contrastent avec le bon état général du malade qui ne présente ni asthénie, ni aucun signe d'infection, et avec la pauvreté des signes physiques.

En effet, à l'examen, on note seulement un aspect érythémateux et congestif de la muqueuse buccale : gencives violacées et languettes interdentaires légèrement tuméfiées, sans aucun enduit pultacé ni aucune ulcération. Cette rougeur occupe toute la cavité buccale ; elle est diffuse.

Si on suspend les injections de cyanure, cette stomatite guérit en 24 à 48 heures, mais si on les continue, elle persiste sans tendance à l'aggravation ; elle guérit par quelques soins buccaux, malgré la continuation des injections mercurielles.

En résumé, la stomatite du cyanure de mercure revêt, en règle générale, une forme érythémateuse caractérisée par le contraste entre ses signes physiques et ses signes fonctionnels et par son évolution bénigne.

Suivant l'intensité des lésions, on peut décrire les formes suivantes :

1^o *La forme catarrhale*, signalée par Milian, se traduit par l'existence d'un exsudat pultacé blanchâtre sur toutes les parois buccales, qui se détache facilement, découvrant derrière lui une muqueuse rouge, œdématiée. L'haleine est fétide, d'odeur spéciale, et la langue est gonflée et saburrale.

Cette forme peut s'accompagner d'anorexie et de diarrhée. Traitée, elle guérit en 3 ou 4 jours, abandonnée à elle-même, elle peut évoluer vers la forme suivante.

2^o *La forme ulcéreuse.* Cette forme se voit surtout chez des sujets à denture en mauvais état : présence de dents cariées ou de chicots, dents de sagesse bridées par un capuchon ou clapiers de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Les ulcérations à bords irréguliers et festonnés, sont recouvertes de débris sphacelés, grisâtres ou jaunâtres, plus ou moins adhérents et elles sont entourées par une muqueuse œdématiée, couleur de vin, caractéristique.

Cette forme s'accompagne d'adénopathie sous-angulo et sous-maxillaires douloureuse.

Les signes fonctionnels : fétidité de l'haleine, douleur et sialorrhée, sont très marquées et exagérées par la déglutition.

Comme signes généraux, on note un léger mouvement fébrile et une légère anorexie, quelquefois de la diarrhée.

Cette forme peut présenter des sièges différents ; elle peut constituer :

a) Une gingivite médiane inférieure.

La gencive du bloc incisif est rouge foncé ; les languettes interdentaires peuvent être détruites et

le bord gingival peut apparaître comme une ligne droite recouverte d'un dépôt pultacé, crémeux ou blanchâtre. L'examen dentaire peut montrer à cet endroit des clapiers de pyorrhée ou des dépôts abondants de tartre.

b) *Une simple gingivite périphérique* au pourtour d'un débris radiculaire carié.

c) *Une ulcération rétromolaire* développée sur péri-coronarite de dent de sagesse.

d) *Une stomatite jugale*, siégeant en face de l'interligne dentaire (siège d'un traumatisme jugal pendant l'occlusion des mâchoires) ou en face des collets dentaires qui, eux, présentent des dépôts de tartre.

A ces formes, on peut ajouter la *glossite mercurielle* et la *stomatite* du voile et des piliers.

Suivant l'intensité ou la prédominance d'un des symptômes dans ces stomatites, on peut décrire les formes suivantes :

Formes avec sialorrhée extrêmement abondante.

Formes asthéniques ou à type d'*embarras gastrique* fébrile avec colite.

Formes douloureuses, dans lesquelles la douleur est le seul signe. Les douleurs siègent au maxillaire supérieur, au maxillaire inférieur et irradient vers l'oreille, vers le pourtour des régions orbitaires et s'accompagnent de céphalées intenses. Les lésions buccales sont très discrètes : c'est la *forme névralgique de Milián*.

STOMATITES DUES A L'HUILE GRISE.

A l'opposé du Cyanure de mercure intraveineux, qui ne réalise que les formes légères et les formes frustes décrites par Milian, l'huile grise peut donner lieu à toutes les formes de stomatites mercurielles et surtout aux formes graves.

C'est ainsi qu'on a observé au cours du traitement par l'huile grise : des formes légères, des formes moyennes généralisées, des formes intenses généralisées et des formes graves.

Ces dernières étaient observées autrefois à la suite d'injections d'huile grise faites par erreur à doses massives ou trop rapprochées. Elles se caractérisaient par des ulcérations gangréneuses et phagédéniques qui dénudaient les muscles, ouvraient les vaisseaux et nécrosaient les os. Elles étaient presque toujours mortelles et ne guérissaient qu'au prix de délabrements considérables, laissant des adhérences entre les joues, les gencives et la langue.

Mais, à part toutes ces formes, l'huile grise peut réaliser des formes typiques, telles que :

1^o *La stomatite tardive.*

C'est souvent quelque temps après la fin du traitement qui, par ailleurs, a été bien supporté, qu'apparaît la stomatite à allure grave et rebelle ; avec des ulcérations des gencives, de la face interne des joues, tuméfaction générale de la muqueuse buccale et salivation abondante.

Le début tardif, l'allure grave et sa ténacité caractérisent cette forme qui, dans certains cas, a pu se terminer par la mort.

2^o *La stomatite hypertrophique scorbutique*, décrite par Fournier, qui survient lentement sans stomatite d'alarme. Les gencives sont exubérantes, transformées en gros bourrelets saignants, peu douloureuses, avec un aspect scorbutique.

3^o Et la *forme phlegmoneuse décrite par Gaucher* qui débute par une stomatite moyenne généralisée qui, après une période d'amélioration apparente, se localise sur l'os qu'elle nécrose en un point de prédilection, de préférence au niveau de l'angle du maxillaire. Elle détermine une tuméfaction unilatérale due à l'œdème chronique inflammatoire de voisinage, et peut se compliquer d'œdème de la glotte, de broncho-pneumonie ou d'hémorragie brusque. La mort est fréquemment observée.

2^o STOMATITES BISMUTHIQUES

Historique. — La stomatite bismuthique est plus fréquente depuis qu'on emploie le bismuth dans les examens radiologiques et surtout depuis que Sazerac et Levaditi l'ont introduit dans la thérapeutique anti-syphilitique, mais elle n'est pas de connaissance récente, car déjà, en 1882, Kocha avait relaté 4 observations où l'emploi du bismuth dans les pansements de certaines plaies avait déterminé l'apparition de pigmentation avec gonflement des gencives.

En 1883, Petersen publie une observation analogue et 3 ans plus tard, Dalché signale un cas de stomatite avec liseré gingival et fausses membranes consécutives à un pansement au sous-nitrate de bismuth.

En 1887, Dalché et Villejean apportent la confirmation expérimentale de ces faits cliniques, en provoquant chez les chiens les mêmes accidents buccaux par l'injection de sous-nitrate.

Deux ans plus tard, Balzer reprend les mêmes expériences et aboutit aux mêmes conclusions. Il note l'apparition de plaques sphacéliques de la bouche et de la langue pouvant amener la mort à la suite d'injections massives de citrate de bismuth.

Fournier et Guénot, en 1921, dans une communication faite à l'Académie de Médecine, insistent sur ces faits, faits qui mettaient déjà en évidence l'individualité de la stomatite bismuthique.

Depuis 1922, date de l'entrée du Bismuth dans l'arsenal thérapeutique antisypilitique, après les travaux de Sazerac et Levaditi (sous la forme de tartro-bismuthate de K et Na insoluble) les observations et les publications se sont succédées nombreuses, insistant sur les diverses formes cliniques et sur leur traitement, ainsi que sur leur pathogénie.

L'important travail de Milian, en 1929, rappelle toute l'évolution de la question et depuis, des publications sans nombre y ont été consacrées.

Etude clinique.

Les lésions buccales provoquées par le bismuth

s'observent surtout depuis qu'on emploie ce médicament dans le traitement de la syphilis. Elles s'observent à des degrés d'intensité variable, soit s'associant entre elles, soit se succédant suivant un certain ordre.

C'est ainsi que dans un premier stade, après la 3^e, la 6^e et sûrement après la 10^e piqûre d'un sel bismuthique, surviennent des pigmentations. Elles siègent le plus fréquemment sur le bord libre des gencives : c'est le *liseré bismuthique*. Parfois, elles sont circonscrites et siègent sur les gencives, les lèvres, la face interne des joues, la langue, la voûte palatine, les amygdales. Ces lésions pigmentaires peuvent constituer l'unique manifestation de l'intoxication bismuthique, mais généralement elles se compliquent de lésions inflammatoires constituant ainsi la première phase d'une stomatite ulcéreuse.

En effet, dans un deuxième stade, la gingivite et des ulcérations circonscrites répondant aux localisations précédentes apparaissent et complètent le tableau symptomatique de la forme ulcéreuse de la stomatite. Ces ulcérations laissent entre elles des intervalles de muqueuse saine. Très rarement, on voit survenir des lésions diffuses répondant à une stomatite généralisée.

Nous allons décrire successivement :

- 1^o Le liseré bismuthique ;
- 2^o Les taches circonscrites ;
- 3^o La gingivite ;
- 4^o La forme ulcéreuse .:

- 5^o La forme généralisée ou diffuse ;
- 6^o La forme gangréneuse et,
- 7^o La forme avec cervicite.

1^o *Le liseré bismuthique* est la première lésion en date ; il débute au voisinage d'une lésion dentaire ou d'un dépôt de tartre, très fréquemment à la base des incisives médianes inférieures sous la forme d'un croissant ou d'une tache punctiforme noire ou bleuâtre, qu'il faut chercher soigneusement et qui a la valeur d'un signal-symptôme (Milian).

Ce liseré peut rester stationnaire et ne pas s'étendre davantage, mais le plus souvent il envahit le rebord gingival, constituant une mince bande bleuâtre qui festonne le bord libre des gencives sur toute son étendue, prédominant aux zones qui répondent à des dents malades et à la face interne des gencives. Son évolution est lente ; il persiste pendant tout le traitement bismuthique et ne s'efface très lentement qu'après la fin de celui-ci.

2^o *Les taches circonscrites* des lèvres et de la face interne des joues ressemblent aux taches pigmentaires de la maladie d'Addison, d'une coloration noire, bleue, grisâtre ou ardoisée. Elles sont de dimension variable, siègent de préférence en face des dernières molaires et sur la muqueuse de la lèvre inférieure. Quelquefois la pigmentation est diffuse.

A la langue et à la région sublinguale, la pigmentation est représentée par un pointillé noirâtre. Ces

taches sont plus petites qu'une tête d'épingle. Elles siègent de préférence sur les bords et à la face inférieure de la langue et ont une disposition symétrique.

Dans l'intervalle de ce semis punctiforme, la muqueuse est normale. La face dorsale de la langue est recouverte d'un enduit saburral qui s'épaissit fortement du fait de l'allongement des papilles filiformes (Milian). La paroi des veines sublinguales et des petits vaisseaux est souvent noircie par le bismuth et les vaisseaux sur la surface de la muqueuse apparaissent alors comme « injectés ».

Ces taches pigmentaires disparaissent dans les trois semaines qui suivent la suspension du traitement, mais si on le continue, elles persistent pendant toute la durée et se compliquent fréquemment de lésions inflammatoires.

La muqueuse devient friable, prend un aspect violacé ecchymotique, s'exulcère vers le centre de la zone pigmentée et une ulcération circonscrite apparaît, c'est la forme ulcéreuse que nous verrons plus loin.

3^o *Gingivite*. — La gingivite s'accompagne de symptômes fonctionnels : légère dysphagie, douleur, tantôt localisée, tantôt s'étendant à tout l'arc dentaire.

La douleur est plus accentuée à la gencive inférieure et du côté où le malade se couche. Elle est variable : quelquefois elle est supportable, n'empêchant pas le sommeil, mais parfois elle est d'une

acuité particulière s'irradiant au plancher de la bouche, au maxillaire, aux oreilles et empêchant le malade de dormir et même de manger.

On trouve rarement de la sialorrhée ; par contre, la fétidité de l'haleine ; les troubles digestifs : anorexie, nausées, constipation, sont presque de règle, de même que la fatigue et une élévation légère de la température à 38°.

Les lésions gingivales sont constituées par une boursofflure de la muqueuse qui est rouge, œdématisée, douloureuse à la pression, parfois recouverte d'un léger enduit opalin : c'est la *gingivite catarrhale localisée* qui répond à des lésions dentaires discrètes.

Mais, lorsque les lésions dentaires sont plus accusées, c'est la *gingivite ulcéreuse généralisée*. Les gencives sont alors recouvertes d'un enduit grisâtre sanieux sous lequel la muqueuse apparaît ulcérée et saignante. En même temps, les dents sont déchaussées et la pression fait sourdre des interstices gingivodentaires, des gouttelettes de pus. Il peut y avoir un véritable décollement de la gencive sur une profondeur et une étendue variables.

Les lésions gingivales sont concentriques et parallèles au liseré dont elles suivent plus ou moins la distribution. Elles s'accompagnent d'une réaction ganglionnaire qui est modérée dans les formes légères et très marquée dans les formes intenses.

L'évolution est bénigne si le traitement est interrompu à temps ; elles guérissent dans un délai de 5 à 8 jours dans les formes catarrhales et en 8 ou

15 jours pour les formes ulcéreuses. La reprise du traitement peut donner des récidives sauf, semble-t-il, avec le traitement que nous indiquerons ultérieurement.

4^o *La forme ulcéreuse.* — Cette forme peut apparaître après la 5^e injection, mais plus souvent, c'est à la fin d'un traitement bismuthique qu'on la rencontre.

Elle coexiste avec la gingivite, peut succéder à une lésion pigmentaire circonscrite ou survenir d'emblée. Elle se localise, par ordre de fréquence, sur la muqueuse jugale en face des dernières molaires inférieures, sur l'espace rétro-molaire, sur les lèvres, sur les bords de la langue, les amygdales et les piliers, plus rarement sur la voûte palatine et les gencives. L'ulcération est recouverte d'un enduit crémeux épais qu'on peut confondre avec une fausse membrane, mais qui se détache facilement. Autour de l'ulcération, on peut voir un liseré ardoisé.

Leur nombre est variable, on trouve toujours entre elles des espaces de muqueuse saine.

Le début peut être brutal ou progressif. Sur une zone pigmentaire noire ou bleuâtre, on peut voir apparaître un dépôt blanchâtre faisant saillie sur la muqueuse saine.

L'ulcération est toujours superficielle, à bords irréguliers, rarement à pic ou légèrement décollés. La muqueuse qui l'entoure n'est ni enflammée, ni tuméfiée. L'orifice du canal de Sténon est normal. La réaction ganglionnaire est, en général, modérée.

Les troubles fonctionnels sont constitués par de la douleur surtout provoquée par le contact d'aliments ; des hémorragies en nappes peuvent aussi survenir, mais elles sont d'un pronostic bénin.

L'évolution est variable. D'une manière générale, la stomatite ulcéreuse bismuthique guérit entre le 10^e et le 15^e jour après l'interruption du traitement.

5^o *Stomatite diffuse*. Cette variété est exceptionnelle, elle survient chez les porteurs de chicots ou d'appareils de prothèse mal faits. Elle peut survenir d'emblée ou progressivement à la suite de la confluence des ulcérations circonscrites.

La muqueuse buccale est sur une large étendue, sanieuse, ulcérée, sphacélique ; la langue est saburrale et ses bords sont ulcérés.

Il existe une sialorrhée intense, de la fétidité de l'haleine, des troubles fonctionnels accusés.

Ces lésions prédominent d'un côté : celui sur lequel le malade se couche.

Les ulcérations sont superficielles. Elles guérissent en 15 jours si on suspend le traitement.

6^o *La forme grave gangréneuse* a été signalée à la suite d'application d'un sel de bismuth directement sur une plaie. Elle a été réalisée aussi, expérimentalement, chez les chiens par Balzer à l'aide d'injections massives de citrate de bismuth.

7^o *Stomatite bismuthique et cervicite*.

Clément Simon, Bralez, Durel et Pereton, ont

communiqué, en 1933, à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie une observation de stomatite avec évolution concomitante d'une cervico-vaginite paraissant cliniquement de même origine et dont les lésions étaient celles d'une stomatite (1).

3^e STOMATITE AURIQUE

Historique. — La Stomatite aurique est de connaissance récente. Elle a été observée pour la première fois par Kohrs avec le Krysalgan.

En 1922, Marenstein, en 1926, Peyri et la même année Jeanselme et Burnier apportèrent une contribution à son étude (Jeanselme et Burnier, *Journal de Médecine et de Clinique pratique*, 10 février 1926).

Par la suite, l'étude de la stomatite aurique a surtout été faite par les phtisiologues (Bezançon, Rist, L. Bernard, Triboulet). De cette étude commune des dermatologistes et des phtisiologues, l'aspect clinique de la stomatite aurique a été bien précisé et Milian lui a consacré un article important dans la *Revue de Dermatologie et de Syphiligraphie* de janvier 1935.

Clinique.

Lorsque la stomatite aurique doit apparaître, c'est généralement vers la fin de la cure, après administra-

(1) Levaditi, Durel et M^{lle} Manin ont d'ailleurs constaté qu'au cours du traitement bismuthique les sécrétions utérines pouvaient servir de voie d'élimination au bismuth.

tion de 2 à 5 grammes de sel d'or, que celui-ci soit employé par voie veineuse ou par voie intramusculaire (les sels couramment utilisés dans l'aurothérapie contiennent de 35 à 50 % d'or métallique).

La stomatite aurique débute généralement par une sensation d'excoriation ou par une légère dysphagie qui gêne le malade.

A ce moment, on note à l'examen de la bouche une légère rougeur des amygdales et du voile du palais, c'est le *stade érythémateux* qu'on pourrait appeler la stomatite d'alarme.

Dans les jours qui suivent, la douleur augmente au point que l'alimentation devient impossible : le moindre contact des aliments avec la muqueuse provoque des paroxysmes douloureux très pénibles. La parole est même gênée quelquefois à cause de cette douleur.

La dysphagie est souvent augmentée par l'abondance de la salivation. L'examen de la bouche montre sur de nombreux points de la muqueuse, des érosions superficielles, épithéliales auxquelles s'ajoutent des lésions blanchâtres d'un aspect lichénien ou leucokératosique. Ces érosions siègent aussi sur la langue, sur les joues : leur diffusion qui constitue un des caractères essentiels de cette stomatite la différencie des autres stomatites d'origine métallique qui, en règle générale, sont limitées. *On pourrait dire que cette diffusion des lésions buccales avec leur coloration blanchâtre et leur douleur particulière définissent la stomatite aurique.*

Cette stomatite ne s'accompagne jamais de fièvre, ni d'adénopathie. Si on suspend le traitement, elle évolue vers la guérison en 15 jours. Son pronostic est très bénin.

Formes cliniques. Milian décrit :

La forme catarrhale qui est la plus fréquente et qui donne le tableau que nous avons résumé.

La forme ulcéreuse dans laquelle on voit des ulcérations, lesquelles siègent de préférence aux gencives, à la langue et aux amygdales.

La forme gangréneuse, observée surtout chez les tuberculeux, débute par une forme ulcéreuse puis sphacélique et enfin, gangréneuse.

Elle s'accompagne de symptômes généraux graves : fièvre à 39° ou 40°, asthénie extrême, facies terreux et subictérique.

La nécrose s'étend en surface et en profondeur, peut gagner l'os et la peau.

Les formes localisées : à la lèvre inférieure et au plancher de la bouche (au voisinage du frein de la langue).

La forme purpurique : dans cette forme on trouve des placards rouges foncés et un piqueté purpurique au milieu d'un œdème généralisé de toute la muqueuse buccale.

La forme lichénoïde dans laquelle les lésions buccales sont identiques au lichen plan, avec la même localisation.

Gougerot a signalé plusieurs autres formes :

La stomatite associée aux érythrodermies auriques ;

La forme grave, ulcéreuse et toxique ;

L'énanthème à type d'hydroa buccal appelé par Carrière et Huriez, stomatite bulleuse pemphigoïde et,

Une forme à enduit noir, blanc bleuté ou leucokératosique.

En outre récemment, Carrière et Huriez ont rapporté un cas à forme bulleuse pemphigoïde qui s'identifie à l'énanthème à type d'hydroa buccal, décrit par Gougerot.

4^e STOMATITES ARSENICALES

Historique. — C'est en 1922, que Clément Simon présenta au 1^{er} Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française, un cas de stomatite apparaissant comme manifestation d'intolérance à la suite de 5 injections de Novarsénobenzol.

Le Novarsénobenzol, dont l'efficacité dans les angines et stomatites fuso-spirillaires est bien connue, n'a pas été admis au premier abord comme facteur déclenchant cette stomatite ; mais, les observations qui se sont succédées, ainsi que certains travaux publiés depuis, ont consacré l'individualité de cette affection.

Clinique.

Il y a lieu de considérer deux formes :

1^o *La forme chronique* caractérisée au début par un liseré blanc de la sertissure gingivale, et à la période d'état par un état fongueux des gencives.

2^o *La forme aiguë* plus intéressante. Son début est brusque ; le lendemain de l'injection déclenchante apparaissent de la dysphagie et une sensation de cuisson au niveau des gencives.

Localement, on constate une rougeur diffuse de toute la muqueuse de la face interne des joues, des gencives et du voile du palais. Les amygdales sont tuméfiées. Par endroits, on note un léger enduit pul-tacé qui se laisse détacher facilement. La réaction ganglionnaire est très marquée.

Quelquefois, cette stomatite rétrocede d'elle-même, mais dans d'autres cas elle persiste et l'injection suivante peut lui donner un coup de fouet. Dans ce dernier cas, la *stomatite aiguë catarrhale* du début peut se transformer en une *forme ulcéro-membraneuse* très intense et qui s'étend rapidement.

Les lésions siègent de préférence aux gencives, mais elles sont habituellement disséminées sur toute l'étendue de l'arcade alvéolaire, pouvant exister aux deux arcades.

Les signes fonctionnels : dysphagie et douleurs, sont très intenses.

La réaction ganglionnaire est toujours importante et peut retentir sur le tissu cellulaire, créant une véritable fluxion.

L'état général est touché, la température est à 39°.

Il existe souvent de la diarrhée et une atteinte rénale qui se traduit par l'albuminurie.

Cette forme peut évoluer vers la guérison ou vers *une forme grave avec nécrose osseuse* :

Les ulcérations gingivales dénudent progressivement les parois alvéolaires qui se séquestrent et s'éliminent sans grand éclat et sans amener de symptômes particuliers.

Cette forme peut apparaître après un court épisode de stomatite ulcéreuse et alors l'atteinte rapide de l'os se traduit par un cortège de signes infectieux à allure grave : la température monte à 40° et une grosse tuméfaction périmaxillaire se constitue.

Les gencives tuméfiées sont très douloureuses spontanément et à la pression. Il existe un trismus intense. La dysphagie et la réaction cellulaire complètent ce tableau. Cette réaction cellulaire est en rapport avec l'étendue des lésions.

En 4 ou 5 jours, la phase aiguë rétrocede, la fluxion disparaît et une suppuration abondante au niveau des gencives s'installe, suppuration qui persiste malgré la chute de la température et l'apaisement des douleurs. Au bout de 10 à 15 jours, les séquestres s'éliminent spontanément en même temps que la suppuration diminue.

Pendant quelque temps, les parois alvéolaires sont ainsi éliminées.

Il est à noter que le corps de l'os n'est jamais touché ; la nécrose se limite aux parois vestibulaires et buccales des alvéoles.

A mesure que les parois alvéolaires tombent, les dents deviennent mobiles et sont expulsées sans aucune douleur.

En plus de ces formes, on peut décrire la *forme fruste* qui constitue en un léger agacement de dents et une congestion légère des gencives, et les formes hémorragiques en rapport avec des altérations sanguines d'origine arsenicale parmi lesquelles on peut reconnaître les quatre variétés suivantes :

- a) Stomatite pseudo-scorbutique avec hématomas gingivaux ;
- b) Stomatorragies ;
- c) Plaques purpuriques ;
- d) Stomatite gangréneuse à allure extensive.

5^o STOMATITE IODO-POTASSIQUE

Cette stomatite peut revêtir une forme pemphigoïde par la production de bulles au niveau de la muqueuse buccale. Milian a signalé une forme hémorragique consistant en taches purpuriques siégeant au niveau du voile et de la voûte du palais et s'accompagnant d'une sensation de cuisson intense ainsi que d'une salivation abondante et sanguinolente (hémosialémèse).

6^o STOMATITE BROMOPOTASSIQUE

Le bromure de potassium entraînait autrefois chez les épiléptiques des stomatites catarrhales très te-

naces. Le mauvais état dentaire contribue chez ces malades à l'aggravation de ces lésions qui peuvent devenir ulcéreuses. Elles s'accompagnent d'une haleine caractéristique et de salivation intense.

7° STOMATITE ANTIMONIALE

L'antimoine peut déterminer une gingivite aiguë, fongueuse avec ulcérations et plaques nécrotiques gris blanc. Les signes fonctionnels sont très marqués : les douleurs très vives et la salivation abondante. Il peut exister un liseré rappelant le liseré de Burton, mais d'une couleur noire.

8° STOMATITE ANTIPYRINIQUE

L'antipyrine entraîne chez certains sujets une stomatite vésiculeuse qui disparaît en 2 ou 3 jours si on supprime le médicament, mais peut se reproduire à chaque nouvelle absorption d'antipyrine.

Quelques auteurs ont signalé des lésions buccales avec monocytose qu'ils rattachent à l'antipyrine. Ces cas sont extrêmement rares et la généralisation de l'emploi de médicaments à base d'antipyrine demande que cette étiologie ne soit admise qu'avec grande circonspection.

9° STOMATITES DIVERSES

Dans les intoxications par le benzol, le chloral, le salicylate, la quinine, la belladone, le copahu, etc..., on a vu survenir une *stomatite bulleuse hémorragique* accompagnant les éruptions cutanées. On trouve au niveau de la muqueuse buccale, des bulles remplies de sérosité sanguinolente qui, en se rompant, donnent lieu à des hémorragies.

10° STOMATITE ACRIDINIQUE

Les traités parlent quelquefois de stomatites acridiniques après injections intraveineuses, nous n'avons pas pu retrouver les publications originales et n'en avons jamais, personnellement, constatées.

Stomatites de causes exogènes mais non médicamenteuses

11° STOMATITE SATURNINE

Cette stomatite se rencontre souvent chez les sujets qui manipulent le plomb, ses alliages ou ses dérivés, constituant la manifestation principale de l'intoxication par ce métal. Elle revêt la forme d'une *stomatite pigmentaire*, c'est le liseré saturnin ou liseré de Burton qui peut se compliquer par la suite de tatouage ardoisé de la muqueuse. Le liseré consiste en une ligne large d'un demi-millimètre environ, de couleur ardoisée qui sertit le collet des dents, surtout

des incisives et canines inférieures, s'accroissant et s'étendant à tous les points où la gencive est enflammée.

11° STOMATITE PHOSPORÉE

Cet accident survient chez les ouvriers qui travaillent le phosphore blanc. Le début est marqué par des douleurs dentaires qui s'irradient dans le territoire du trijumeau et une tuméfaction des gencives s'accompagnant de gingivorragies. L'haleine est fétide.

La muqueuse prend ensuite un aspect fongueux et se décolle des dents laissant sourdre un pus abondant. Cette suppuration indique que la stomatite s'est compliquée de nécrose du maxillaire du fait de l'intoxication qui date de longues années.

13° STOMATITE CUPRIQUE

L'intoxication cuprique s'accompagne souvent d'une gingivo-stomatite érythémato-pultacée avec salivation abondante et haleine fétide. Dans certains cas, elle se réduit à un liseré verdâtre prédominant surtout au niveau des incisives inférieures.

14° STOMATITE ARGENTIQUE

Au cours de l'intoxication argentique, on peut observer des lésions buccales consistant en une gingivite avec pyalisme et fétidité de l'haleine. On peut noter aussi un liseré brunâtre et une teinte ardoisée des incisives (Galippe et Magitot).

TRAITEMENT

Nous dirons pour commencer quelques mots du traitement prophylactique et ensuite, nous passerons en revue les traitements curatifs locaux et généraux les plus employés pour insister sur celui que nous avons spécialement expérimenté.

Traitement prophylactique

Ce traitement doit être appliqué surtout lorsqu'on commence une cure médicamenteuse par le Mercure, par le Bismuth ou même par l'Or et alors il consistera :

En une mise en état soigneuse de l'appareil dentaire avant les injections, c'est-à-dire : la désinfection et les obturations nécessaires ; l'extraction des chicots et le détartrage (qui d'ailleurs devrait être fait une ou deux fois par an).

Une fois la métallothérapie commencée, il faut exiger de la part du malade un nettoyage complet de la bouche par brossage dentaire trois fois par jour. Ce brossage devra se faire après les repas, avec du savon pour enlever les dépôts graisseux et avec une poudre lourde, insoluble ; celle-ci, nécessitant un rinçage énergique et prolongé pour être éliminée, aide doublement au nettoyage désiré.

On sait également l'utilité des pâtes à base d'arsenic comme dentifrice chez ces malades.

Au cours des maladies infectieuses, on prescrira des lavages de bouche avec une solution faiblement antiseptique, on râclera les dépôts blanchâtres qui recouvrent la langue, on pratiquera des badigeonnages des gencives à l'aide d'une porte-coton imbibé de glycérine boratée à 1/20 ou même simplement avec du jus de citron.

Ce traitement prophylactique devra être mis en pratique au cours du diabète, de l'insuffisance rénale, qui développent la septicité habituelle du milieu buccal, comme le font les affections gastro-intestinales.

Les soins d'hygiène buccale seront aussi nécessaires chez les ouvriers qui manipulent le plomb, le phosphore, etc..., comme chez les malades traités par le bromure et l'iodure de potassium.

Chez l'enfant, pendant toutes les pyrexies, on doit laver la bouche fréquemment et surtout après les prises d'aliments, avec de l'eau alcaline ou légèrement antiseptique. Si une stomatite se déclare, il faut veiller à ce qu'elle ne se propage pas aux autres enfants de l'entourage par les cuillers, gobelets, etc... Enfin, il faut attacher un soin particulier à bien soigner l'impétigo de l'enfant pour éviter sa propagation à la muqueuse buccale.

Chez les personnes qui portent des appareils dentaires, on conseillera le brossage après chaque repas avec du savon de Marseille ; on les fera enlever et

placer pour la nuit dans une solution de formol à 10 %.

TRAITEMENTS PROPHYLACTIQUES SPÉCIAUX.

Le traitement des stomatites auriques a donné lieu à quelques travaux, surtout en ce qui concerne leur prophylaxie. Les considérant comme toxiques, on a cherché à diminuer la toxicité des sels employés et certains auteurs conseillent la solution de gluconate de calcium à 5 %, dans laquelle on ajouterait de la crisalbine, par exemple, à raison de 0 gr. 25 de celle-ci par 5 centimètres cubes de la solution de gluconate. Ce mélange est employé par voie intraveineuse.

Les auteurs estiment ainsi augmenter la tolérance du malade et diminuer la toxicité de l'or (Duflos).

Contre la stomatite bismuthique on a proposé, de même qu'on l'avait employée depuis longtemps pour le mercure, la médication soufrée qui en augmentant l'élimination rénale et intestinale, diminuerait les accidents dus à l'accumulation du bismuth.

Cette médication déjà indiquée par Fournier sous forme de pastilles soufrées, par Azoulay (1924), sous forme colloïdale, a été conseillée ensuite par Galliot (1928), Gougerot (1929) et par Bory et Pautrier, ensuite, sous forme d'hyposulfite de sodium ou de cures thermales sulfureuses.

Cette question de la médication bismutho-soufrée

a été mise au point par Lardat dans sa thèse en 1931. Celui-ci croit qu'elle agit dans la stomatite « en drainant l'élimination vers l'intestin et vers le rein ». Le butyl-thiolaurate de bismuth (Néo-Cardyl), d'emploi courant en thérapeutique antisyphilitique, associe dans sa molécule bismuth et soufre justement dans le but de faire mieux absorber et éliminer le premier de ces corps.

Traitement local

Ce traitement consiste en soins d'hygiène buccale et en l'application de différents médicaments antiseptiques, caustiques ou analgésiques suivant les cas.

Dans les formes légères, on conseille des lavages de bouche fréquents avec 5 grammes de chlorate de potasse, XV gouttes de phénosalyl ou 1 gramme de salicylate de Na dans un verre d'eau bouillie ou avec de l'eau oxygénée pure ou diluée suivant les cas.

La solution classique pour ces lavages est la suivante :

Chlorate de potasse.....	5 grammes
Sirop de mûre	50 grammes
Eau distillée	250 grammes

on l'emploie après chaque repas.

Dans les formes plus sérieuses (ulcéro-membraneuse) on a préconisé le bleu de méthylène, l'acide salicylique, le borate de Na, la teinture d'iode et le

novarsénobenzol, faits en attouchements, accompagnés de rinçage de la bouche avec de l'eau oxygénée, avec du permanganate de potassium à 1/1.000 ou avec de la liqueur de Labarraque (une cuillerée à café pour un verre d'eau) ; de même, on pourra toucher les ulcérations avec du NO^3Ag au 1/10 ou au 1/20.

Les formules les plus employées sont les suivantes :

Acide salicylique	1 gramme
Glycérine	20 grammes
Bleu de méthylène.....	1 gramme
Eau distillée } ââ	5 grammes
Glycérine }	
Novarsénobenzol	0 gr. 60
Eau distillée (pour faire dissoudre) ...	2 cc.
Glycérine	10 grammes

(Solution se conservant sans altération pendant une semaine.)

Frequel ordonne dans la stomatite aurique :

Borate de Na.....	3 grammes
Benzoate de Na	1 gramme
Novarsénobenzol	0,75
Eau distillée	10 grammes
Glycérine	20 grammes
	pour badigeonnage

ainsi que :

Bleu de méthylène.....	0 gr. 50
Alcool à 90°.	15 grammes
Glycérine	15 grammes

Mais il y a quelques stomatites pour lesquelles convient un traitement spécial.

Stomatites herpétique et aphteuse. — Celles-ci sont extrêmement douloureuses et requièrent l'emploi des collutoires cocaïnés :

Chlorhydrate de cocaïne	8 centigrammes
Borate de Na.	2 grammes
Miel rosat	} 6 à 15 grammes
Eau de fleur d'oranger	
Glycérine	

Les ulcérations doivent être touchées au salicylate de sodium avec une solution à 20 %. Le salicylate de sodium par la bouche est un bon adjuvant.

Stomatite gangréneuse. — Cette forme nécessite également des soins locaux et généraux spéciaux. On doit faire des lavages répétés antiseptiques forts et quelquefois des cautérisations au thermo-cautère ou au galvano-cautère ou des injections locales d'eau oxygénée. En même temps, on fait du novarsénobenzol intraveineux et du sérum antigangréneux de l'Institut Pasteur. Il faut soutenir le cœur par de l'huile camphrée et de la caféine.

L'intervention au galvano-cautère doit être précoce et large. Elle doit agir en profondeur à un centimètre au delà de tout tissu suspect et ne pas hésiter devant un grand délabrement.

Mais ces formes surviennent chez des sujets débilisés et il aurait fallu établir un traitement préventif lorsque la stomatite gangréneuse s'est déclarée ; c'est le traitement préventif et le traitement de l'état général qui pourront seuls éviter l'issue fatale.

Traitement général

Ce traitement doit être appliqué en même temps que le traitement local. Il dépendra du facteur déclenchant de la maladie. C'est ainsi que dans le diabète, l'insuffisance rénale, les troubles gastro-intestinaux, le scorbut, la pellagre, c'est le traitement de la maladie en cause qu'il faut évidemment mettre en œuvre.

Dans les maladies infectieuses, il faut maintenir la bouche dans un état de propreté parfait, d'autant plus que le danger d'une infection secondaire est plus à craindre.

Traitements nouveaux

Ces dernières années, on a préconisé dans toutes les stomatites, en particulier dans celles qui sont déclenchées par les intoxications thérapeutiques, des médications générales qui guérissent rapidement ces lésions, permettant ainsi de continuer le traitement le plus tôt possible : c'est le novarsénobenzol et le cyanure de mercure.

Il paraît paradoxal que ces médicaments qui sont capables de produire des stomatites puissent s'employer dans leur traitement.

En ce qui concerne le novarsénobenzol, son efficacité thérapeutique a été prouvée par de nombreux auteurs. Il agit contre le fuso-spirille qui est presque

toujours à l'origine de l'inflammation de la muqueuse buccale. D'autre part, les stomatites que l'arsenic peut produire sont ou biotropiques (par réveil de la flore microbienne buccale) ou toxiques (nécessitant des doses massives pour la réaliser). On voit donc que malgré les lésions qu'il peut produire (d'ailleurs bénignes et tout à fait exceptionnelles) on peut employer l'arsenic contre ces mêmes lésions étant donné qu'on utilisera une dose plus grande que celle qui donne la stomatite biotrope et plus faible que celle qui donnerait la forme toxique.

Quant au cyanure de mercure, nous avons vu qu'il réalisait toujours une stomatite légère et passagère généralement biotrope, ce qui explique l'intérêt de son emploi dans le traitement pour les stomatites pour des raisons semblables à celles que nous venons de signaler pour l'arsenic.

Cependant, on ne doit pas l'employer dans les affections cardiaques graves, dans la tuberculose grave évolutive, ni chez les cachectiques (Prunet).

THÉRAPEUTIQUE LOCALE PAR LES COLORANTS D'ACRIDINE. — Nous nous sommes attachés particulièrement au traitement des diverses stomatites que nous avons pu rencontrer par les colorants d'acridine employés localement et nous allons rapporter maintenant les modalités de ce traitement et les résultats que nous avons pu constater : ceci constituera la 2^e partie de cette thèse.

DEUXIÈME PARTIE

**TRAITEMENT DES STOMATITES PAR LES
COLORANTS D'ACRIDINE EMPLOYÉS
LOCALEMENT**

GÉNÉRALITÉS SUR LES COLORANTS D'ACRIDINE

CONSTITUTION CHIMIQUE. — On emploie dans l'industrie, en particulier dans la teinture des cuirs, le chlorhydrate de diméthyl-diamino-acridine désigné couramment sous le nom de jaune d'acridine.

Les produits pour l'usage thérapeutique ont souvent été désignés sous le nom de jaune d'acridine (ou Flavine), mais en réalité s'il s'agit de dérivés voisins, ce sont cependant des corps différents.

Les colorants d'acridine utilisés en thérapeutique sont de constitution chimique voisine ; ils sont connus sous le nom de tryptaflavine par les Allemands, acriflavine par les Anglais, gonacrine par les Français, etc. Tous ces corps sont des mélanges.

La gonacrine est un mélange composé de :

60 % de chlorure de 3-6 diamino 10-méthylacridine et de 40 % de 3-6 diamino-acridine.

Elle se présente sous l'aspect d'une poudre cristalline, fine, rouge orangé, soluble dans l'eau jusqu'à 2 %.

La solution aqueuse a une réaction neutre au papier congo.

L'action antiseptique des colorants d'acridine utilisés en thérapeutique fut jugée considérable par Browning, Gülbransen, Kennaway, Thomson, qui conclurent même à l'accroissement du pouvoir bactéricide au contact du sérum sanguin, ou sait que c'est surtout contre le gonocoque que ces produits sont employés, mais on les utilise également vis-à-vis de bien d'autres agents infectieux.

Davis et Harrel, dès 1918, vérifièrent l'action empêchante sur les cultures de gonocoques en milieu albumineux, à la concentration de 1/300.000, alors que le protargol était inefficace à 1/500.

Après les travaux de Jausion, il est établi que la gonacrine ne laisse pas s'installer la flore secondaire des urétrites, d'ailleurs des essais furent faits pour d'autres germes que le gonocoque.

Pendant la grande guerre, Stowl, chirurgien britannique, employa l'acriflavine en France comme antiseptique du péritoine et des plaies de toute nature.

Werner, de l'hôpital Eppendorf d'Hambourg, recommanda l'usage de trypaflavine en dermatologie.

Crohn, Rosenberg, Bassler, l'employèrent dans la colite ulcéreuse chronique avec succès. Au Tonkin, A. de Raymond l'utilisa dans le traitement de la diarrhée cholériforme grave. En Cochinchine, C. Masias traite 17 cas de choléra par la gonacrine.

Celle-ci fut employée également dans la grippe et les pyélonéphrites, dans les septicémies puerpérales, dans la méningite. Coste et Deicher furent les premiers à l'injecter dans le liquide céphalo-rachidien de

l'homme. Ils démontrèrent que la solution à 1 /10.000, injectée à raison d'un volume inférieur à celui du liquide céphalo-rachidien prélevé, n'amenait aucun trouble. Chavany qui a traité la méningite cérébro-spinale par la Gonacrine intra-rachidienne, considère la solution à 1 pour cinq mille comme la solution optima. Il injectait 2 à 5 centimètres cubes de ses dilutions.

Les essais cliniques de M. Courtois ont montré que l'on obtenait la stérilisation définitive des porteurs de bacilles diphtériques dans 46 % des cas et l'emploi de la gonacrine en oto-rhino-laryngologie s'est généralisé.

ELIMINATION.

Les dérivés d'acridine sont des médicaments à élimination lente.

Après une seule administration de 0 gr. 20, les urines restent colorées pendant trois jours, après plusieurs doses, jusqu'à trois semaines. L'imprégnation des tissus persiste encore plus longtemps, comme le prouve la coloration jaunâtre des muqueuses et des téguments qui persiste plusieurs jours.

Panisset a suivi l'élimination de la Gonacrine par le lait (chez la vache) et il a noté aussi le temps de coloration des tissus musculaires.

Il se produit une accumulation si des doses fortes sont trop souvent répétées. Tobby prouva sur des lapins que des injections répétées provoquaient des phénomènes d'intolérance.

Donnée par voie buccale et à faibles doses l'acridine s'élimine parfaitement et quelques heures après la fin du traitement les urines sont claires.

TOXICITÉ.

La toxicité des dérivés d'acridine est relativement faible au moins par voie buccale. Browning et Cohen ont trouvé comme dose encore tolérée 6 milligrammes de tryptaflavine par 20 grammes de souris.

Chez le lapin, par *voie veineuse*, 0 gr. 01 par kilog. détermine de suite un choc violent et la mort tardive (Launoy, cité par Panisset, *l. c.*).

Un lapin de 1.080 grammes réagit à une seule dose de 500 milligrammes par voie buccale par l'inappétence ; l'autopsie de cet animal exécutée le quatrième jour ne montra qu'une coloration jaune des intestins.

Un chien supportait pendant 9 semaines des pilules de 50 milligrammes de tryptaflavine tandis qu'un autre chien maigrissait avec une dose quotidienne de 100 milligrammes donnée pendant 7 semaines.

Les doses administrées à l'homme sont en général par voie intraveineuse de 5 centimètres cubes d'une solution à 2 %.

Des complications sont à noter : quelques cas de vomissements, de fièvre, de collapsus, de céphalée.

Par voie buccale, les doses que nous avons employées sont de 10 à 15 pastilles dosées à 3 milligrammes par pastille pendant 5 à 12 jours suivant les cas. Nous avons observé, dans quelques cas d'ailleurs

très rares, quelques incidents sans aucune gravité : inappétence, vomissements.

Par cette voie, l'acridine peut être utilisée même chez des sujets âgés ou à viscères fragiles. Il est arrivé qu'accidentellement des enfants — ayant trouvé des boîtes de pastilles de gonacrine — aient ingéré près de 40 pastilles en quelques heures, ceci sans aucun accident.

Utilisation des colorants d'acridine comme traitement local des stomatites

Comme nous le disions en commençant ce travail, nous avons remarqué la fréquence des stomatites chez les femmes en traitement à la maison de Saint-Lazare, femmes dont la denture est généralement en assez mauvais état.

Nous avons donc appliqué le traitement qui avait été préconisé en France par Gerson. Avec MM. Dechaume, Gerson et M^{me} Nicolle Munier, nous avons rapporté à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie nos premiers résultats dans la séance du 14 mars 1935.

Dans cette partie de notre thèse nous voulons rapporter les observations des auteurs qui ont bien voulu s'intéresser à cette thérapeutique et celles que nous avons pu étudier nous-même.

MODE D'APPLICATION DE LA THÉRAPEUTIQUE.

Personnellement, nous avons toujours employé des pastilles de gonacrine dosées à 3 milligrammes de

chlorure de 3-6 diamino 10 méthylacridinium. Ces pastilles sont très volontiers acceptées par les malades.

Nous avons demandé à ceux-ci de sucer d'abord 15 à 20 pastilles par jour, puis nous nous sommes aperçus qu'il n'y avait aucun avantage à dépasser la dose de 10 pastilles par jour, les résultats étant les mêmes et aussi rapides.

Dans toutes les stomatites observées, quelle que soit leur cause, nous avons institué cette thérapeutique avec des soins de bouche différents selon les cas, mais toujours très simples.

RÉSULTATS.

Dans tous les cas, nous avons obtenu en 48 heures une amélioration considérable des signes fonctionnels avec atténuation des douleurs et diminution du trismus.

Dans tous les cas, les ulcérations ont guéri entre 5 à 10 jours, quoique pour de nombreux malades *lorsqu'il s'agissait de stomatite médicamenteuse, le traitement anti-syphilitique n'ait pas été interrompu.*

Nous avons employé cette thérapeutique préventivement, les malades qui s'y sont soumis n'ont pas présenté de stomatites. Celle-ci étant loin d'être la règle dans les traitements bismuthiques, nous ne pouvons pas dire que les pastilles de gonacrine l'ont sûrement évitée, mais nous en avons nettement l'impression.

Au début de la stomatite, les résultats sont particulièrement nets. Lorsque la stomatite est déjà importante, les résultats sont toujours favorables, la guérison demande cependant un peu plus de temps que lorsque la stomatite est prise à son tout début.

Comme on pourra le constater dans les observations qui suivent, la guérison semble être obtenue plus rapidement dans tous les cas de stomatites bismuthique ou mercurielle que dans les autres formes étiologiques de stomatites. Il semble que les premières soient particulièrement sensibles à cette thérapeutique.

Dans les 49 observations que nous rapportons, nous n'avons observé qu'une récurrence après traitement chez un malade qui d'ailleurs interrompit de lui-même le traitement acridinique au bout de 5 jours.

La guérison de la récurrence fut obtenue après 3 jours. Il n'y a pas de contre-indication à ce traitement et la gonacrine peut être utilisée par cette voie même chez des sujets âgés ou à viscères fragiles ; nous l'avons signalé plus haut.

Nous avons cependant observé chez une de nos malades un léger incident : vomissements répétés pendant 48 heures. Cette malade prenait à ce moment 15 pastilles par jour, nous avons ramené cette dose à 10 pastilles et les vomissements ont cessé. Nous avons d'ailleurs par la suite évité de dépasser la dose de 10 à 12 pastilles par jour et n'avons pas enregistré d'autre incident.

Comme nous le disions, nous avons des exemples

d'enfants, qui en dehors de toute préoccupation thérapeutique, ont sucé jusqu'à 40 pastilles dans la même journée sans être autrement incommodés.

Le seul inconvénient de cette thérapeutique nous paraît être la coloration jaune de la langue et des lèvres. Il faut le signaler aux malades en leur recommandant d'éviter que leurs lèvres soient en contact avec la salive. Cette remarque n'a d'ailleurs d'intérêt qu'au point de vue préventif, car au point de vue traitement d'une stomatite, les bénéfices du traitement acridinique sont trop importants pour qu'une question d'esthétique puisse empêcher d'y recourir.

OBSERVATIONS

Nous donnons un résumé succinct des 49 observations que nous avons réunies et indiquons dans un tableau, page 132 les principales caractéristiques de ces observations et les résultats en fonction du traitement.

Stomatites ulcéro-membraneuses

OBSERVATION N° 1

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M. T..., Jean, 19 ans, se présente à la consultation de stomatologie de Saint-Louis, le 2 juin 1934, pour des douleurs gingivales.

A l'examen, nous trouvons une stomatite ulcéro-membraneuse qui a débuté 2 mois auparavant au niveau de D₄ fistulisée. Cette stomatite a gagné progressivement les régions des incisives et molaires supérieures et des incisives inférieures.

L'avulsion de D₄ à ce moment n'amena qu'une amélioration passagère.

Le 7 juin 1934, les douleurs réapparaissent dans la région de D₄. Nous notons une inflammation des gencives plus importante à droite, surtout au niveau de D₅, D₆, D₇, de d₆, d₇ et des incisives inférieures.

Jean Victor Leclercq

Les ulcérations aux collets des dents sont irrégulières, à bords déchiquetés et décollés, recouvertes d'un exsudat grisâtre. Elles sont très douloureuses à la pression. Il y a une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes sur la joue droite en face de la dent de sagesse.

Adénopathie sous-maxillaire droite.

La langue est saburrale. La fétidité de l'haleine est très marquée.

Température à 38°.

Traitement : détartrage. Ecouvillonnage à l'eau oxygénée. Gonacrine : 15 pastilles par jour.

Le 14 juin 1934. — Nous notons une disparition complète des douleurs spontanées avec diminution notable de la sensibilité à la pression. L'ulcération est propre. Le fond est détergé avec tendance nette à la cicatrisation.

Le 18 juin 1934. — Guérison complète.

OBSERVATION N° 2

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M. R... Georges vient le 17 mars 1934 à la consultation de Stomatologie de Saint-Louis.

Nous trouvons à l'examen une large ulcération recouverte de fausses membranes au niveau du pilier antérieur gauche. Au niveau de l'amygdale gauche, grosse ulcération. L'inflammation de la muqueuse buccale est généralisée. Toutes les languettes interdentaires sont décollées et ulcérées. L'haleine est fétide. Grosse réaction ganglionnaire sous-maxillaire bi-latérale.

Le malade fatigué a des sueurs profuses et accuse un état de névralgisme au niveau de toutes les dents.

Pas de causes dentaires. Pas de dents de sagesse en évolution. Les dents sont saines mais le tartre est abondant.

Mauvaise hygiène buccale évidente.

Traitement : détartrage, écouvillonnage, Gonacrine : 10 pastilles par jour.

Le 20 mars. — Grosse amélioration. L'ulcération du pilier a presque disparu, celle de l'amygdale aussi. La muqueuse buccale redevient normale.

Le 22 mars. — Guérison complète.

OBSERVATION N° 3

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M. V..., 26 ans, vient consulter à Saint-Louis, le 17 octobre 1934, pour des douleurs gingivales au niveau du maxillaire supérieur : douleurs vives, continues, prédominant à droite, exagérées au moindre contact et gênant la mastication.

Il présente en outre une fétidité de l'haleine et une salivation assez abondante.

A l'ouverture de la bouche on constate une stomatite ulcéro-membraneuse avec ulcérations au collet de toutes les dents, plus marquée au niveau des incisives supérieures et des prémolaires inférieures gauches.

Les gencives sont rouges, tuméfiées, très douloureuses à la pression ; c'est une gingivite tartrique. Léger engorgement ganglionnaire sous-maxillaire.

Traitement : détartrage et gonacrine (15 pastilles par jour).

Le 22 octobre 1934. — Le malade n'a pris que quelques pastilles de gonacrine. Il n'y a pas d'amélioration. On fait des attouchements à l'acide chromique et on prescrit 15 pastilles de gonacrine par jour.

Le 24 octobre 1934. — Le malade souffre beaucoup moins. Il accuse encore une légère gêne à la mastication et

à la déglutition. Amélioration locale notable. La fétidité de l'haleine a disparu. On continue la gonacrine.

Le 28 octobre 1934. — Guérison complète. Plus aucune gêne. Les muqueuses sont normales.

OBSERVATION N° 4

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M. L... Raymond, 18 ans, vient le 9 juin 1934 à la consultation de Saint-Louis pour une inflammation des gencives avec douleurs empêchant la mastication, la déglutition et même le sommeil.

Quelques bains de bouche ont amené un soulagement momentané seulement. Actuellement, le malade un peu fébrile, présente une stomatite ulcéro-membraneuse plus importante au maxillaire inférieur : gingivite marginale au niveau des incisives, petites ulcérations vestibulaires. Ces ulcérations ont des bords déchiquetés, irréguliers dont le fond, recouvert d'un enduit jaunâtre, saigne facilement. Les gencives sont très tuméfiées. On note des dents de sagesse en éruption.

Au maxillaire supérieur, la rougeur des gencives est moins marquée. La pression, douloureuse, fait sourdre du pus aux collets des incisives.

Par ailleurs, la langue est saburrale, la fétidité de l'haleine est assez marquée, la salivation abondante.

Réaction ganglionnaire sous-maxillaire surtout à droite.

Traitement : détartrage. Ecouvillonnage à l'eau oxygénée. 15 pastilles de gonacrine par jour.

Le 12 juin 1934, le malade n'accuse aucune douleur. Pression douloureuse au niveau de D₁ et G₁. On fait le décapuchonnage de d₃ et le malade poursuit le traitement à la gonacrine.

Le 14 juin 1934, disparition de la douleur, même provoquée.

Le 19 juin 1934, guérison complète.

Accident d'extraction de dent de sagesse

OBSERVATION N° 5

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M. F... se présente à la consultation, le 6 octobre 1934, pour des douleurs après extraction de la dent de sagesse inférieure droite. A l'examen, nous trouvons une cellulite de la joue droite accompagnée de trismus.

On ordonne 20 pastilles de gonacrine par jour.

Le 8 octobre 1934. — La douleur a diminué dans les 24 heures. Amélioration du trismus.

Le 11 octobre 1934. — Plus grande amélioration, mais persistance de douleurs à la pression et de douleurs spontanées réveillant le malade la nuit. Ces douleurs durent à peu près 20 minutes.

Le 13 octobre 1934. — Guérison complète. Cicatrisation.

Gingivo-stomatite ulcéreuse

OBSERVATION N° 6

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M^{me} D... Renée, 22 ans, se présente à la consultation de Saint-Louis, le 21 février 1935.

La malade se plaint de douleurs siégeant au niveau de la dent de sagesse inférieure droite et aussi de dysphagie.

Nous sommes en présence d'un accident dû à l'évolution d'une dent de sagesse.

A l'examen endo-buccal on note une tuméfaction gingivale, avec fausses membranes, vestibulaire et linguale au niveau de la deuxième molaire et de la dent de sagesse inférieures gauches. La dent de sagesse est partiellement dégagée. La muqueuse décollée laisse sourdre du pus.

Gingivite généralisée ; peu de trismus.

Une adénopathie sous-maxillaire accompagne ces phénomènes locaux. Pas de signes généraux.

Traitement : détartrage. On déterge et on applique de l'acide trichloracétique sous le capuchon muqueux. La malade sucra des pastilles de gonacrine et fera des bains de bouche chauds.

Le 3 mars 1935.— La malade est complètement guérie.

Stomatite aphteuse

OBSERVATION N° 7

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M. T... Georges, 45 ans, vient à la consultation de stomatologie de Saint-Louis, le 18 juin 1934, envoyé par son dentiste.

Depuis 3 semaines, il souffre de la bouche. A cette époque il a ressenti une légère cuisson, suivie le lendemain de l'apparition d'une petite ulcération jugale. Peu à peu ces ulcérations ont gagné toute la bouche. Le malade se plaint aussi de malaise général, courbature et fièvre.

Actuellement, nous voyons :

1° Au maxillaire supérieur : les gencives tuméfiées et boursoufflées avec des petites ulcérations aux collets des

dents. La lèvre supérieure présente trois petites ulcérations, bien arrondies à bord nets, entourées d'une zone rouge. Le fond est recouvert par une fausse membrane, très adhérente de la dimension d'une tête d'épingle. Les dents sont recouvertes de tartre.

2° Au maxillaire inférieur : les gencives sont rouges, tuméfiées et douloureuses à la pression. La lèvre inférieure présente deux ulcérations sur la face interne.

Les dents sont recouvertes de tartre.

La langue est saburrale au centre : les bords sont rouges et tuméfiés avec, par endroits, des zones blanchâtres. A sa face inférieure, on note des petites ulcérations longitudinales entourées d'une zone rougeâtre.

Les joues sont tuméfiées avec trois ulcérations du côté gauche et une à droite. La voûte palatine, les amygdales et les piliers sont très rouges.

Ganglions sous-angulo-maxillaires à droite et sous-maxillaires à gauche.

Gêne à la mastication, salivation abondante.

Traitement : détartrage. Ecouvillonnage à l'eau oxygénée. Gonacrine : 10 pastilles par jour.

Le 22 juin 1934. — Amélioration notable. Les ulcérations sont en voie de guérison.

Le 28 juin 1934 : ulcérations guéries, plus aucune douleur, la muqueuse est saine.

Stomatite pseudo-membraneuse

OBSERVATION N° 8

M. F... Marcel, souffre depuis deux jours lorsqu'il se présente à nous le 18 mai 1935. Il se plaint de très fortes douleurs dans la région jugale et malaire droite avec irra-

diation temporale. Ces douleurs sont augmentées par la mastication.

Nous notons à l'examen de la bouche une ulcération dans le sillon gingivo-jugal supérieur au niveau de la dent de sagesse supérieure droite. Cette ulcération, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, est recouverte d'une fausse membrane jaunâtre et très douloureuse à la pression. Hygiène buccale excellente.

Traitement : gonacrine : 10 pastilles par jour.

Le lendemain, 19 mai, diminution notable de la douleur.

Le malade, revu le 26 mai, ulcération réparée, plus aucune douleur.

Stomatites mercurielles

OBSERVATION N° 9

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r GERSON)

« M^{me} P..., en 1930, stomatite intense à la suite d'une série de muthanol (12 piqûres). Cette stomatite tardive avait fait prendre la résolution de ne plus faire de bismuth

En janvier 1931, après 4 piqûres de quinby, nouvelle stomatite, guérie malgré la continuation des piqûres, — jusqu'à 12.

En octobre 1931, stomatite après 4 piqûres *d'huile grise*.

Malgré la mauvaise réputation de ce médicament, elle est jugulée (trypaflavine) sans interruption de la série qui fut de 10 piqûres à 0 gr. 10, une tous les 5 jours, donc à fortes doses. »

OBSERVATION N° 10

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r GERSON)

« M. M..., en 1933, fait une stomatite à la 4^e piqûre de cyanure quotidienne à 0 gr. 01. Il s'agissait d'un cas urgent.

L'usage des pastilles (trypaflavine) lui permet de compléter sa série de 20 piqûres. 4 jours après le début de leur emploi, la stomatite avait disparu. »

OBSERVATION N° 11

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r GERSON)

« M. B..., en janvier 1933, commence une stomatite après deux piqûres de cyanure.

En trois jours, elle est jugulée.

La série, continuée sans interruption, fut poussée jusqu'à 20 piqûres.

Le choc dentaire, apparu à la 6^e piqûre, a décru progressivement, pour disparaître en fin de série, bien que l'emploi de la trypaflavine n'ait pas été continué. »

Stomatites bismuthiques

OBSERVATION N° 12

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r GERSON)

« M. No..., en 1930, après 5 piqûres de Quinby, présente une stomatite obligeant à interrompre 10 jours.

Le même malade, en janvier 1932, présente une stomatite

avec propagation jugale à la suite de 9 piqûres d'Olbia. Cette fois, en 8 jours, grâce aux pastilles de Trypaflavine, il est guéri bien que deux piqûres aient été faites dans l'intervalle.

En novembre 1932, après 8 piqûres de Bismuth, nouvelle stomatite, guérie en trois jours par la Trypaflavine, malgré la continuation des piqûres.

Chez ce malade, le contraste entre l'évolution de la stomatite traitée comme d'habitude et celle traitée par la Trypaflavine est manifeste. »

OBSERVATION N° 13

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r GERSON)

« Mme B..., en 1932, une stomatite après 4 piqûres de Bismuth soluble est guérie en 48 heures, malgré la continuation du traitement. »

OBSERVATION N° 14

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

Mlle P... Gilberte, 25 ans, vient consulter, le 25 décembre 1934 à l'Hôpital Saint-Louis, pour des douleurs ayant débuté quatre jours auparavant au niveau du ca-puchon des dents de sagesse inférieures.

Elle présente maintenant une stomatite avec prédominance au maxillaire inférieur. A l'interrogatoire, on apprend que la malade suit actuellement un traitement bismuthique. Nous trouvons du pus au collet des dents. Les languettes inter-dentaires sont ulcérées et décollées. Il

existe deux ulcérations de la muqueuse jugale au niveau de d_8 et de g_8 .

Nous procédons à un détartrage suivi d'attouchement à l'acide trichloracétique.

Nous prescrivons 20 pastilles de Gonacrine par jour.

Le 28 décembre, très grosse amélioration. Les languettes inter-dentaires ne saignent plus et redeviennent normales. Les ulcérations jugales sont en voie de cicatrisation, surtout celle au niveau de d_8 .

Le 4 janvier. Guérison complète. Plus aucune lésion.

OBSERVATION N° 15

(PERSONNELLE)

M^{me} H... Catherine est traitée pour une syphilis ancienne à la Maison de Saint-Lazare dans le service du D^r Sée.

Après 12 injections de Bivatol, le 1^{er} avril 1935, elle présente une stomatite bismuthique avec douleurs très vives.

A l'examen on trouve une bouche en mauvais état, avec abondance de tartre et fétidité de l'haleine très marquée ; une gingivite généralisée, une ulcération rétro-molaire s'étendant sur la joue gauche.

Traitement : 10 pastilles de Gonacrine par jour.

Le 5 avril 1935, les signes physiques ont diminué ; l'ulcération est guérie.

Le 8 avril 1935, la gingivite a disparu. Guérison.

OBSERVATION N° 16

(PERSONNELLE)

M^{me} L... Yvonne est traitée pour syphilis au dispensaire Toussaint-Barthélemy. Elle se présente le 6 avril 1935

après deux injections de Bivatol. Elle se plaint de douleurs vives à la mastication.

Nous trouvons à l'examen de la bouche une stomatite bismuthique avec tous les signes ; fétidité de l'haleine, gingivite, salivation. Il existe une ulcération jugale gauche en regard des dents de sagesse, de la grosseur d'une pièce de 50 centimes.

Traitement : 10 pastilles de Gonacrine par jour. Le traitement anti-syphilitique est continué.

Le 13 avril 1935, la malade ne se plaint plus. L'ulcération a disparu. La muqueuse est normale.

OBSERVATION N° 17

(PERSONNELLE)

M^{me} P... Claudia reçoit un traitement antisiphilitique au dispensaire Toussaint-Barthélemy. Elle a reçu 3 injections de Bivatol et se plaint de douleurs gingivales le 6 mars 1935.

A l'examen on note une gingivite généralisée avec ulcération des collets au niveau des incisives et des canines inférieures.

Traitement : Gonacrine : 10 pastilles par jour.

Le 13 mars, la malade revue ne souffre plus. L'ulcération des collets est guérie.

Le 17 mars, la gingivite a disparu. La muqueuse est normale. Guérison complète.

OBSERVATION N° 18

(PERSONNELLE)

M^{me} L... Marie est traitée par des injections bismuthiques au dispensaire Toussaint-Barthélemy.

Le 13 mars 1935, elle présente une forte gingivite avec abrasion des languettes interdentaires.

Toute la muqueuse est rouge vif. L'haleine est très fétide. Il existe un trismus léger avec douleur à la mastication.

Traitement : 10 à 12 pastilles de Gonacrine par jour.

Le traitement antisiphilitique est continué.

Le 20 mars 1935 : Guérison complète. La bouche est redevenue normale.

OBSERVATION N° 19

(PERSONNELLE)

M. G... Pierre, soigné au dispensaire Toussaint-Barthélemy, a reçu 8 injections de Bivatol.

Le 5 janvier 1935, il se plaint de douleurs et de gêne à la mastication. L'haleine est fétide et la salivation plus abondante.

A l'examen nous notons : une ulcération de 3 millimètres de diamètre sur le bord gauche de la langue. Une gingivite généralisée avec liseré bismuthique.

Traitement : Gonacrine : 10 à 12 pastilles par jour. Le traitement bismuthique est continué.

Le 11 janvier, le malade est revu. Plus de douleur, tous les signes ont disparu. Le liseré persiste.

OBSERVATION N° 20

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DESSEIGNE)

M^{me} J..., 35 ans, vient consulter le 10 avril 1935, pour des douleurs au niveau du maxillaire supérieur.

La malade est en traitement bismuthique depuis 15 jours (injections de Muthanol). Deux jours après le début de ce traitement, elle a ressenti une sensation de gêne, de fourmillement au niveau des gencives, surtout du côté droit. La mastication lui est devenue pénible. L'haleine est fétide.

A l'examen buccal on trouve une denture en bon état. Pas de tartre.

Le liseré recherché soigneusement n'est pas encore visible. Il n'apparaîtra que le lendemain très discret, localisé derrière les incisives du bas, puis en trois jours il sera très net autour de tous les collets.

Etat saburral de la langue. Rougeur intense des muqueuses surtout du côté droit. La muqueuse est décollée autour des deux dernières molaires supérieures droites. Avec un stylet on repère facilement un cul-de-sac de 3 millimètres. La muqueuse est saignante.

En regard de ces deux dents, on trouve sur la face interne de la joue une ulcération de 50 centimes.

Traitement : pastilles de Gonacrine (10 à 12 par jour).

Revue le lendemain, la malade ne souffre plus. L'ulcération est en voie de guérison.

Suppression d'une injection de Muthanol, mais le traitement bismuthique est repris tout de suite.

Le 13 avril 1935 : Guérison complète. La muqueuse est redevenue normale.

OBSERVATION N° 21

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M^{me} NICOLLE MUNIER)

M^{me} B..., à la maison de Saint-Lazare présente, le 9 novembre 1934, une stomatite survenue après deux injections de Bivatol. Les gencives sont tuméfiées, rouges. On trouve

des ulcérations des gencives autour de plusieurs dents cariées et une ulcération du bord droit de la langue de 2 centimètres de longueur. Ces lésions sont très douloureuses.

Traitement local : on fait deux extractions et un nettoyage rapide de la bouche. On prescrit de la Gonacrine à raison de 10 pastilles par jour.

Après 4 jours, sédation complète de la douleur.

Une semaine après, on constate la disparition complète de tous les signes de stomatite, malgré la continuation des injections de Bivatol.

OBSERVATION N° 22

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M^{me} NICOLLE MUNIER)

Le 9 novembre 1934, à la maison de Saint-Lazare, M^{me} B... présente une stomatite après 3 injections de Bivatol.

Cette malade a eu déjà une stomatite, en mai 1934, après des injections de Bivatol. A ce moment, cette stomatite grave avait nécessité l'interruption du traitement bismuthique.

On note à l'examen, une gingivite généralisée avec des petites ulcérations des joues, des bords de la langue, des gencives et un enduit pultacé. L'hygiène buccale est satisfaisante, il n'y a ni tartre, ni caries.

Traitement : 2 pastilles par jour de Gonacrine.

Le 16 novembre 1934, les douleurs ont disparu. L'amélioration est très nette, mais la guérison n'est pas complète.

Le traitement bismuthique est continué à raison de deux injections de Bivatol par semaine. La malade ne prend plus de Gonacrine.

Le 14 décembre 1934 : Réapparition de la stomatite. Le décollement gingival est généralisé ; les gencives sont tuméfiées et saignantes ; il existe une ulcération de la lèvre inférieure.

Traitement : Gonacrine : 10 pastilles par jour. La guérison est complète en 3 jours.

OBSERVATION N° 23

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M^{me} NICOLLE MUNIER)

C... Raymonde, présente le 9 novembre 1934, une stomatite après 3 injections de Bivotol.

A l'examen, nous notons : un liseré au collet de toutes les dents, un décollement généralisé des gencives rouges et tuméfiées, beaucoup de tartre et plusieurs caries.

Traitement local : extractions et nettoyage. Dix pastilles de Gonacrine amènent une guérison complète en 48 heures.

Le traitement bismuthique n'a pas été interrompu. Les 6 dernières injections de Bivotol n'ont amené aucune récédive.

OBSERVATION N° 24

(PERSONNELLE)

M^{lle} B... Madeleine, 18 ans, est à la maison de Saint-Lazare dans le service du docteur Fernet pour une syphilis datant de un an soignée irrégulièrement par des injections de bismuth.

Le 20 février 1935, elle présente une stomatite bismuthique très douloureuse. Les gencives sont rouges avec un liseré très important. Nous notons une ulcération rétro-

molaire gauche et une ulcération du bord gauche de la langue.

Le traitement antisypilitique est continué. Nous ordonnons 10 pastilles de gonacrine par jour.

Le 22 février 1935, il n'y a plus aucune douleur.

Le 26 février 1935. Amélioration très nette. Les ulcérations sont en voie de disparition.

Le 3 mars 1935. Guérison complète. Nous ne notons aucune récurrence.

OBSERVATION N° 25

(PERSONNELLE)

M^{lle} F... Marie-Rose, 21 ans, à la maison de Saint-Lazare, dans le service du docteur Sée, a reçu 8 injections de Néocardyl pour syphilis sérologique, le 29 janvier 1935. La malade n'avait pas eu de traitement précédemment.

Le 27 février 1935, elle présente une stomatite très importante avec décollement gingival, gingivite marginale généralisée. Les gencives sont tuméfiées, rouges, recouvertes d'un enduit blanchâtre.

On constate un aspect congestif de toute la muqueuse buccale qui est rouge. La face interne de la joue gauche garde l'empreinte des arcades dentaires. Il existe une ulcération du bord gauche de la langue.

Traitement : 10 pastilles de gonacrine par jour.

Le 1^{er} mars 1935. Les douleurs ont disparu. Les signes physiques sont très atténués.

Le 6 mars 1935. Cette stomatite est complètement guérie. Les lésions de la langue et des gencives ont disparu.

Le traitement spécifique continué jusqu'à 12 injections n'a pas amené de récurrence.

OBSERVATION N° 26

(PERSONNELLE)

M... est entrée à la maison de Saint-Lazare dans le service du docteur Fernet pour syphilides ano-vulvaires.

Le 6 février 1935, après avoir reçu 6 injections de BivatoI, elle présente une héli-stomatite droite avec une ulcération jugale très douloureuse.

Le traitement bismuthique est continué et nous donnons à la malade 10 pastilles de Gonacrine par jour.

Revue le 9 février 1935, la malade n'accuse plus aucune douleur.

Revue le 18 février 1935, la guérison est complète.

OBSERVATION N° 27

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M. Y... Roger, 24 ans, envoyé par son médecin, vient consulter le 11 juin 1934, à Saint-Louis, pour une stomatite survenue après 8 injections de BivatoI.

Il dit avoir présenté un abcès au niveau de la 2^e molaire inférieure gauche qui a disparu après un traitement au novar glycérimé.

Actuellement, on trouve une légère tuméfaction dure à gauche.

A l'ouverture de la bouche, on constate un œdème de la joue gauche qui garde les empreintes des dents. On trouve au niveau de la 2^e molaire inférieure gauche un clapier assez profond et purulent. Le liseré bismuthique est surtout marqué dans les régions incisives supérieure et inférieure. Les gencives sont douloureuses à la pression. Les

douleurs assez intenses gênent la mastication et empêchent le sommeil.

Traitement : détartrage, écouvillonnage à l'eau oxygénée.

Gonacrine : 20 pastilles par jour.

Le 15 juin. Le malade ne prend la gonacrine que depuis le 13. Les douleurs ont diminué d'intensité, mais il y a persistance de l'écoulement purulent au niveau du collet de la 2^e molaire inférieure gauche. Le malade poursuit son traitement à la gonacrine.

Le 20 juin. La douleur a complètement disparu. A la pression on fait sourdre une goutte de pus au niveau de la grosse molaire.

Le 22 juin. Guérison complète.

OBSERVATION N° 28

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M^{me} W... Louise, 56 ans, traitée au dispensaire du D^r Ravaut, vient consulter le 18 décembre 1934 à Saint-Louis pour une stomatite bismuthique survenue après 10 injections. Une dizaine de jours auparavant, la malade a eu des douleurs très fortes empêchant le sommeil. En même temps, elle a présenté une salivation assez abondante et une légère fétidité de l'haleine.

A l'examen buccal on constate :

Un liseré bismuthique au niveau des collets des dents du maxillaire supérieur.

Au maxillaire inférieur, une stomatite avec petites ulcérations.

Sur la muqueuse jugale, des taches bleuâtres. Une ulcération au niveau de la dent de sagesse inférieure droite.

Les bords de la langue présentent aussi des taches bismuthiques. On ordonne des pastilles de Panflavine.

Le 22 décembre 1934, la malade est revue complètement guérie.

OBSERVATION N° 29

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M^{me} F... Hélène se présente le 15 avril 1935 dans le service du D^r Dechaume. Cette malade a reçu 12 injections de BivatoI. Elle présente une stomatite érythémateuse généralisée avec un liseré bismuthique festonnant la gencive, surtout marquée à certains points correspondant aux points de contact d'appareils de prothèse mobiles.

Nous notons plusieurs ulcérations des collets.

Nous ordonnons des pastilles de Gonacrine.

Le 17 avril, la stomatite érythémateuse est guérie mais le liseré persiste.

Le 25 avril, la guérison est complète.

OBSERVATION N° 30

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

B... Lucienne, 23 ans, vient consulter le 24 décembre 1934, à Saint-Louis, pour des douleurs spontanées au niveau de la bouche survenues après 20 injections de Quinby. Ces douleurs gingivales ont débuté le 18 décembre. Elles ont augmenté peu à peu d'intensité.

Actuellement, la malade se plaint de fortes douleurs avec fétidité de l'haleine et salivation abondante.

A l'examen, on trouve : deux ulcérations jugales, une au niveau de la dent de sagesse inférieure droite, de la

grandeur d'une pièce de un franc et une autre en regard de la deuxième pré-molaire inférieure droite.

Une ulcération très étendue sous la langue.

Ces ulcérations sont recouvertes d'un enduit blanchâtre.

La langue est saburrale. Il existe une gingivite généralisée. Adénopathie sous-maxillaire droite.

Traitement: Ecouvillonnage à l'eau oxygénée. Gonacrine : 20 pastilles par jour.

Le 18 décembre, légère amélioration, les douleurs ont disparu. Les ulcérations sont détergées.

Le 3 janvier 1935, la guérison est complète.

OBSERVATION N° 31

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M. R... Raymond se présente à la consultation le 26 février 1935.

Une stomatite est apparue depuis 3 jours, après 13 injections de bismuth. Le malade se plaint de douleurs spontanées. Son facies est pâle. La température oscille entre 38° et 38°5.

A l'examen buccal, on constate un trismus important avec dysphagie, fétidité de l'haleine et légère sialorrhée. Les gencives sont tuméfiées ; les languettes interdentaires sont ulcérées au niveau du bloc incisif inférieur. Nous notons une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes sur la face interne de la lèvre inférieure.

Il existe une ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 franc sous la langue du côté droit et une autre très petite à gauche.

Il y a aussi une tuméfaction du voile et des amygdales ; nous trouvons une ulcération jugale droite de la grandeur d'une pièce de 1 franc au niveau de la dent de sagesse infé-

rière. Elle est recouverte d'un enduit blanc jaunâtre ; les bords sont irréguliers et surélevés.

Une autre ulcération très importante est située au niveau du triangle rétro-molaire droit. Adénopathie sous-maxillaire droite.

Traitement : écouvillonnage à l'eau oxygénée ; détartrage ; Gonacrine.

Le 28 février, la malade présente encore un trismus assez serré, la salivation a diminué, la fétidité a disparu ainsi que les douleurs. L'ulcération jugale en voie de guérison n'est plus douloureuse à la pression. L'adénopathie persiste, on continue le traitement.

Le malade n'est revu que le 6 mars. Il est complètement guéri. Les ulcérations sont réparées. Le trismus a disparu ainsi que l'adénopathie.

OBSERVATION N° 32

(PERSONNELLE)

La... Marcelle, 25 ans, est soignée depuis le début de novembre 1934 au dispensaire Toussaint-Barthélémy pour une syphilis secondaire. Après une intolérance au novar, elle est traitée par le Bivitol.

La malade se présente le 12 janvier 1935 à la consultation après une 2^e injection de Bivitol.

A l'examen buccal on constate une gingivite généralisée très douloureuse avec dépôts de tartre. L'haleine est fécaloïde et la salivation abondante. Les languettes interdentaires sont détruites.

On trouve : deux ulcérations de 2 millimètres sur la joue droite, une ulcération de la grandeur d'une pièce de un franc dans l'espace rétro-molaire gauche, s'étendant sur la joue, une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes

sur le bord gauche de la langue. Cette malade a plusieurs appareils de prothèse dentaire.

Nous ordonnons 15 pastilles de Gonacrine par jour et nous continuons le traitement bismuthique.

Le 16 janvier : les ulcérations ont presque disparu. Les signes fonctionnels n'existent plus.

Le 18 janvier : guérison. Plus d'ulcérations ; la muqueuse est redevenue normale.

OBSERVATION N° 33

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M^{me} R... Lucie, vient à la consultation de Saint-Louis le 8 février 1935.

En traitement bismuthique depuis le mois d'août, elle présente une stomatite avec ulcérations jugales gauches depuis 3 jours.

Aucun traitement local.

On prescrit des pastilles de Gonacrine (10 à 12 par jour).

Revue le 13 février : guérison complète et rapide. Les douleurs ont été calmées dès le lendemain du traitement.

OBSERVATION N° 34

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M^{me} B... Marie, 21 ans, vient à la consultation de stomatologie de Saint-Louis, le 22 octobre 1934, pour de très fortes douleurs gingivales avec irradiations vers l'oreille et vers l'œil. Ces douleurs sont continuelles avec exagération à la mastication.

La malade a reçu 13 injections de BivatoI et présente une

stomatite avec liseré. Les gencives sont tuméfiées et rouges. Il existe plusieurs caries. On note une ulcération jugale droite arrondie, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, douloureuse à la pression et recouverte d'un enduit blanc peu adhérent.

On fait l'extraction de d_7 et on ordonne 15 pastilles de Gonacrine par jour.

Le 24 octobre 1934, la malade est revue. Elle n'accuse aucune douleur ni provoquée, ni spontanée. Les gencives ont une coloration normale. L'ulcération jugale est bien détergée et à peine sensible à la pression. La malade poursuit son traitement avec 10 pastilles par jour.

Le 28 octobre 1934 : Guérison. Tous les signes physiques ont disparu.

OBSERVATION N° 35

(PERSONNELLE)

D... Charlotte, est traitée au dispensaire Toussaint-Barthélemy. Elle a reçu 4 injections de Bivatol.

Le 5 janvier 1935, elle présente une stomatite très douloureuse. Les languettes interdentaires sont abrasées au niveau des incisives. Nous constatons une gingivite marginale très marquée et deux ulcérations rétromolaires.

Nous ordonnons 12 pastilles par jour de Gonacrine.

Le 7 janvier 1935, la douleur a disparu. Les lésions buccales sont en voie de cicatrisation.

Le 9 janvier 1935, la guérison est complète.

Le traitement bismuthique est continué. La malade revue à la fin de la série d'injections n'a présenté aucune récurrence de stomatite.

OBSERVATION N° 36

(PERSONNELLE)

A... Lucie, 20 ans, est soignée à la maison de Saint-Lazare dans le service du Docteur Lacapère pour syphilis datant d'un an. Cette malade a été traitée régulièrement. Une série de Muthanol n'a pas donné d'inflammation buccale.

Le 11 janvier 1935, après 3 injections de Bivatol, la malade présente une stomatite avec une large ulcération rétro-molaire et jugale droite de la grandeur d'une pièce de un franc. Cette ulcération est douloureuse.

La gingivité assez marquée est plus importante au niveau des molaires.

Adénopathie sous angulo-maxillaire importante non douloureuse.

Traitement : 10 à 12 pastilles de Gonacrine par jour. Le traitement bismuthique est continué.

Le 13 janvier 1935. Disparition de la douleur. La malade peut manger sans difficulté. L'ulcération est détergée et un peu diminuée.

Le 15 janvier 1935. L'ulcération est guérie. Il existe encore un peu de gingivite.

Le 17 janvier 1935. La guérison est complète. Les gencives sont normales.

OBSERVATION N° 37

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

R... Lucie, 30 ans, vient consulter le 20/6/34, à Saint-Louis, dans le service du D^r Dechaume pour douleurs gingivales survenues après 3 injections de bismuth.

A l'examen, on constate :

Un liseré important au niveau des collets des incisives inférieures.

Une ulcération jugale gauche de la grandeur d'une pièce de 50 centimes avec enduit grisâtre, peu adhérent et douloureuse à la pression.

Une ulcération au niveau du capuchon muqueux de g_8 .

La malade accuse des douleurs à la mastication et à la déglutition. L'haleine est fétide ; pas de sialorrhée.

Légère adénopathie sous-maxillaire gauche.

Traitement : détartrage et écouvillonnage à l'eau oxygénée.

Gonacrine : (40 pastilles par jour).

Le 22 juin 1934, les douleurs ont presque disparu. Il persiste une légère dysphagie. Localement, les ulcérations peu modifiées ne sont plus douloureuses à la pression.

Le 26 juin 1934 : Guérison. Les ulcérations sont cicatrisées. Le liseré persiste.

OBSERVATION N° 38

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

M^{me} V... Yvonne, 42 ans, se présente le 29/6/34 à la consultation de stomatologie de l'Hôpital Saint-Louis.

La malade a reçu alors 5 injections de Bismuth et se plaint de douleurs des gencives. Elle présente une gingivite intense avec liseré au niveau de toutes les dents inférieures et au niveau des incisives supérieures seulement. La denture est en bon état — il ne manque que G_6 — mais recouverte de tartre. L'haleine est fétide. La langue est saburrale

On note plusieurs ulcérations :

Une ulcération de 2 centimètres de long sur 1 centi-

mètre de large sur la face interne de la joue gauche. Cette ulcération est recouverte d'un enduit blanc, très épais, non adhérent ; elle est entourée par une zone pigmentée, bleuâtre et la muqueuse est tuméfiée.

Deux petites ulcérations sur la face interne et sur le bord gauche de la langue.

Deux autres petites ulcérations allongées en regard des dents, assez douloureuses à la palpation.

Léger engorgement ganglionnaire non douloureux.

Nous instituons un traitement par la Gonacrine, à raison de 15 pastilles par jour.

Le 3/7/34, pas d'amélioration. Nous pratiquons un léger détartrage et le traitement par la Gonacrine est continué.

Le 7/7/34, l'amélioration est notable. L'haleine est moins fétide ; plus de douleurs ni provoquées, ni spontanées. Les ulcérations jugale et linguales sont en voie de guérison. L'enduit blanchâtre a disparu et le fond est bien détergé.

Le 10/7/34, tous les signes ont disparu. Guérison complète.

OBSERVATION N° 39

(PERSONNELLE)

M^{me} S... V... soignée pour syphilis au dispensaire Tous-saint-Barthlemy a reçu 2 injections de Bivatol.

Le 6 mars 1935, elle présente une stomatite bismuthique. Elle se plaint de douleurs gingivales.

A l'examen, nous notons : une gingivite généralisée avec haleine fétide ; ulcérations aux collets des incisives médianes inférieures et des prémolaires gauches.

Traitement : 10 pastilles de Gonacrine. Le traitement anti-syphilitique est continué.

Le 13 mars 1935, la malade est revue.

Elle ne souffre plus. Les ulcérations ont disparu. La guérison est complète.

OBSERVATION N° 40

(DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r DECHAUME)

O... Elisabeth est envoyée par le D^r Gerson à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis pour une stomatite bismuthique, le 16 janvier 1934. Elle a reçu 3 injections de Benzoate de Bismuth.

Nous constatons à l'examen une gingivite généralisée avec languettes interdentaires abrasées ; fétidité de l'haleine et salivation exagérée.

Traitement : Ecouvillonnage à l'eau oxygénée. Gonacrine : 10 pastilles par jour.

Le 20 janvier 1934, les phénomènes de stomatite sont complètement terminés.

OBSERVATION N° 41

(PERSONNELLE)

C... Andrée, 21 ans, est traitée par des injections de Néo-Cardyl à la maison de Saint-Lazare. Elle présente une stomatite bismuthique, le 10 mars 1935, après avoir reçu 10 injections, la dernière remontant au 17 février 1935. A l'examen, nous trouvons une gingivite généralisée douloureuse avec fétidité de l'haleine, une ulcération rétro-

molaire droite de la grandeur d'une pièce de un franc, recouverte de fausses membranes.

Traitement : 15 pastilles de Gonacrine par jour. Cette dose occasionne des vomissements pendant deux jours. On diminue à 8 pastilles par jour la dose de Gonacrine qui, cette fois, est bien supportée.

Le 22 mars 1935, la guérison est complète. Le traitement bismuthique est repris sans récurrence de stomatite.

OBSERVATION N° 42

(PERSONNELLE)

N... Germaine, 20 ans, est hospitalisée le 4 mars 1935 à Saint-Louis, salle Lorry, pour une stomatite gangréneuse bismuthique.

Elle a reçu 10 injections de BivatoL auparavant dans le service du Dr Fernet à la maison de Saint-Lazare.

Elle se plaint de douleurs extrêmement vives depuis 8 jours.

A l'examen, nous trouvons : du trismus et une haleine horriblement fétide ; une gingivite généralisée avec sphacèle de la gencive inférieure, face vestibulaire et face buccale, enduit blanc abondant ; une ulcération de la grandeur d'une pièce de un franc dans l'espace rétro-molaire droit ; une ulcération jugale droite ; une petite ulcération sous la langue.

L'adénopathie est très importante.

Traitement : 12 pastilles de Gonacrine par jour.

Température :

Le 4 mars : 39°6

Le 5 mars : 38°3, 38°5.

Le 6 mars : 38°5, 38°5.

Le 7 mars : 37°7, 37°6.

Le 8 mars : 37°2.

Le 8 mars, disparition de la douleur, le trismus a diminué, les ulcérations sont détergées.

Le 12 mars, les ulcérations se cicatrisent.

Le 14 mars : Guérison complète.

N. B. — Il est à noter que cette malade, à l'état général très touché, est héroïnomane, ce qui peut expliquer la forme gangréneuse de sa stomatite.

OBSERVATION N° 43

(PERSONNELLE)

E... Thérèse, est soignée au dispensaire Toussaint-Barthélemy pour syphilides arciformes.

Elle présente, le 13 avril 1935, une stomatite bismuthique après deux injections de Bivatol.

A l'examen, nous notons : une gingivite généralisée avec destruction des languettes interdentaires ; petites ulcérations des collets ; ulcération rétro-molaire gauche de la grandeur d'une pièce de 50 centimes⁵; fétidité de l'haleine très marquée.

Traitement : 12 pastilles de Gonacrine par jour. Le traitement bismuthique est continué.

Revue le 20 avril 1935, la malade ne souffre plus. Les ulcérations sont cicatrisées. Les gencives sont normales.

OBSERVATION N° 44

(PERSONNELLE)

M. T..., est traité pour syphilis au dispensaire Toussaint-Barthélemy.

Après 4 injections de Muthanol, le 10 avril 1935, il se plaint de douleurs gingivales. A l'examen, nous trouvons une stomatite bismuthique avec liseré surtout marqué à droite.

Gingivite généralisée, ulcération rétromolaire droite.

Traitement : Gonacrine : 10 pastilles par jour.

Le traitement bismuthique est poursuivi.

Le 17 avril 1935, le malade est revu complètement guéri, l'ulcération est réparée, le liseré persiste.

OBSERVATION N° 45

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M^{lle} NICOLLE MUNIER)

M. F..., reçoit un traitement antisypilitique pour paralysie générale au centre médical de l'A. A. F. Il présente une stomatite bismuthique (Bivatol) surtout marquée à l'arcade supérieure gauche.

La gingivite est généralisée avec décollement des gencives.

Il n'y a pas d'ulcération.

Traitement : nettoyage de la bouche.

Gonacrine : 4 pastilles par jour.

Le malade est revu 7 jours après. Amélioration très nette. Guérison complète au bout de 10 jours.

OBSERVATION N° 46

(DUE A L'OBLIGEANCE DE M^{lle} NICOLLE MUNIER)

G... présente une stomatite bismuthique après 3 injections de Bivatol.

Cette stomatite a débuté autour de g₇ cariée et s'accompagne de salivation exagérée, fétidité de l'haleine.

Traitement : extractions et nettoyage de la bouche.
Gonacrine : 8 à 10 pastilles par jour. Continuation des injections de Bivatol. En 3 jours, guérison complète.

OBSERVATION N° 47

(PERSONNELLE)

S... est à la Maison de Saint-Lazare dans le service du Dr Fernet. Elle est en traitement bismuthique depuis 3 semaines. Le 5 février 1935, elle se plaint de douleurs vives des gencives.

A l'examen, nous notons une stomatite bismuthique avec les signes habituels : fétidité de l'haleine, salivation exagérée, inflammation de la muqueuse buccale et ulcération jugale de 1/2 centimètre au niveau de la dent de sagesse gauche.

Traitement : 8 à 10 pastilles de Gonacrine.

Le traitement bismuthique est arrêté.

Le 7 février 1935. Les douleurs sont supprimées, l'ulcération est en voie de guérison.

Le 10 février 1935, guérison, retour à l'état normal de la muqueuse buccale.

OBSERVATION N° 48

(PERSONNELLE)

L... Emilienne reçoit au dispensaire Toussaint-Barthélemy des injections de Bishep. Le 13 mars 1935, après 7 injections, la malade présente une stomatite bismuthique avec douleurs gingivales et légère fétidité de l'haleine.

Il existe des ulcérations des collets au niveau des incisives et des prémolaires inférieures et supérieures.

Traitement : Gonacrine : 8 pastilles par jour.

Le traitement bismuthique est continué.

Le 20 mars 1935, la malade revue est complètement guérie.

Les ulcérations sont réparées, la gingivite a disparu.

Stomatite aorique

OBSERVATION N° 49

(OBSERVATION DUE A L'OBLIGEANCE DU D^r EMERY)

M^{me} D... a reçu 1 gr. 80 de crisalbine. Elle présente, le 15 février 1935, une gingivite formée par des plaques de coloration blanchâtre entourées d'une zone érythémateuse. Nous trouvons ces plaques au niveau des gencives supérieures dans les régions médiane et postérieure droite, plus légèrement dans la région médiane inférieure ; quelques traînées blanchâtres d'aspect leucoplasique sur la face interne de la joue droite, coloration blanchâtre de la langue, légère ulcération de 2 millimètres sur le bord droit de la langue.

Cette gingivite est accompagnée de douleurs extrêmement vives, gênant la mastication.

Traitement : Gonacrine : 10 pastilles par jour.

Le 20 février 1935, la malade revue accuse une légère amélioration. Les douleurs ont diminué. L'ulcération est en voie de cicatrisation.

Le 28 février 1935. Guérison, mais la gingivite érythémateuse persiste.

Tableau récapitulatif

	Forme clinique de la stomatite	Cause déclenchante	Soins dentaires concomitants	Traitement acridinique	Durée de ce traitement	Résultats	Observations
N° 1 ♂	Ulcéro membraneuse	Fistule dentaire	Détartrage	Gonacrine	6 jours	Guérison	
N° 2 ♂	Ulcéro membraneuse	Tartre, mauvaise hygiène buccale	»	»	5 »	»	
N° 3 ♂	Ulcéro membraneuse	Gingivite tartrique	Détartrage acide chromique	»	11 »	»	
N° 4 ♂	Ulcéro membraneuse	Eruption de dent de sagesse	Détartrage	»	10 »	»	
N° 5 ♂	Cellulite	Extraction de dent de sagesse		»	7 »	»	
N° 6 ♀	Gingivo-stomatite pseudomembraneuse	Eruption de dent de sagesse	Détartrage, acide chromique	»	10 »	»	
N° 7 ♂	Aphtheuse		Détartrage	»	10 »	»	
N° 8 ♂	Pseudo - membraneuse	Inconnue	Néant	»	8 »	»	
N° 9 f. c. non précisée		Huile grise 4 injections	Néant	Trypallavine	?	»	Traitement continué
N° 10 ♂ f. c. non précisée		Cy Hg 4 injections	Néant	Trypallavine	4 »	»	»
N° 11 f. c. non précisée		Cy Hg 4 injections	Néant	Trypallavine	3 »	»	»

N°	Ulcéreuse	injections Bismuth	Détartrage acide urichloracétique	Gonacrine	10 jours	Guérison	Traitement inter- rompu.
N° 14 ♀	Ulcéreuse	Bismuth					
N° 15 ♀	Gingivo - stomatite ulcéreuse	Bismuth soluble 12 Bivitol	Néant	»	7 »	»	
N° 16 ♀	Ulcéreuse	Bismuth soluble 2 Bivitol	»	»	7 »	»	Traitement continué
N° 17 ♀	Gingivite ulcéreuse	Bismuth soluble 3 Bivitol	»	»	11 »	»	»
N° 18 ♀	Gingivite ulcéreuse	Bismuth	Néant	»	7 »	»	»
N° 19 ♀	Ulcéreuse	Bismuth soluble 8 Bivitol	»	»	6 »	»	»
N° 20 ♂	Ulcéreuse	Bismuth insoluble		»	3 »	»	»
N° 21 ♀	Ulcéreuse	Bismuth soluble 2 Bivitol	Mise en état nettoyage	»	8 »	»	»
N° 22 ♀	Erythémato pultacée	Bismuth soluble 3 Bivitol	Néant	»	7 »		Traitement conti- nué, interruption de la Gonacrine, réap- parition de la stoma- tite, puis disparition après nouveau trai- tement de 3 jours.
N° 23 ♀	Erythémateuse	Bismuth soluble 3 Bivitol	Extractions	»	2 jours	Guérison	Traitement continué
N° 24 ♀	Ulcéreuse	Bismuth	Néant	»	11 »	»	»

Tableau récapitulatif (suite)

	Forme clinique de la stomatite	Cause déclenchante	Soins dentaires concomitants	Traitement acridinique	Durée de ce traite- ment	Résultats	Observations
N° 25 ♀	Erythémato - pulta- cée	Bismuth soluble 8 Néo-Cardyl	Néant	»	7 »	»	»
N° 26 ♀	Ulcéreuse	Bismuth soluble 6 Bivatol	Néant	Gonacrine	12 jours	Guérison	Traitement continué
N° 27 ♂	Ulcéreuse	Bismuth soluble 8 Bivatol	Détartrage	»	11 »	»	»
N° 28 ♀	Ulcéreuse	Bismuth 10 injeç- tions	Néant	Panflavine	4 »	»	Traitement inter- rompu.
N° 29 ♀	Erythémateuse	Bismuth soluble 12 Bivatol	Néant	Gonacrine	10 »	»	Traitement inter- rompu.
N° 30 ♀	Ulcéreuse	Bismuth insoluble, Quinby	Ecouvillonnage	Gonacrine	10 »	»	»
N° 31 ♂	Ulcéreuse	Bismuth, 13 injeç- tions	Détartrage	Gonacrine	8 »	»	»
N° 32 ♀	Ulcéreuse	Bismuth soluble 2 Bivatol	Néant	»	6 »	»	Traitement continué
N° 33 ♀	Ulcéreuse	Bismuth	Néant	Gonacrine	5 »	»	»
N° 34 ♀	Ulcéreuse	Bismuth soluble 13 Bivatol	Extraction	»	6 »	»	»
N° 35 ♀	Ulcéreuse	Bismuth soluble (Bivatol	Néant	Gonacrine	4 jours	»	Traitement continué

N° 38 ♀ Gingivo-stomatite ulcéreuse	Bismuth 5 injections	Détravage	»	12 »	Traitement interrompu.
N° 39 ♀ Ulcéreuse.	Bismuth soluble 2 Bivatol	Néant	»	7 »	Traitement continué
N° 40 ♀ Erythémateuse	Bismuth, 3 injections 10 Néo-cardyl	Ecouvillonnage	»	4 »	»
N° 41 ♀ Ulcéreuse	Bismuth soluble 10 Néo-cardyl	Néant	Gonacrine	12 jours	15 pastilles de Gonacrine donnent des vomissements, 8 pastilles ne donnent plus d'incidents, traitement continué.
N° 42 ♀ Ulcéro-gangréneuse	Bismuth soluble 10 Bivatol	Néant	Gonacrine	10 jours	»
N° 43 ♀ Ulcéreuse	Bismuth soluble 2 Bivatol	»	Gonacrine	7 »	Traitement continué
N° 44 ♂ Ulcéreuse	Bismuth insoluble 4 Muthanol	Néant	»	7 »	»
N° 45 ♂ Gingivo-stomatite	Bismuth soluble	Nettoyage	Gonacrine	10 »	»
N° 46 ♂ Gingivo-stomatite	Bismuth soluble 3 Bivatol	Extractions nettoyage	»	3 »	Traitement continué
N° 47 ♀ Erythémateuse	Bismuth	Néant	»	5 »	Traitement interrompu.
N° 48 ♀ Gingivo-stomatite	Bismuth 7 Bishep	Néant	»	7 »	Traitement continué
N° 49 ♀ Erythémato-pultacée	Sels d'or 1 gr. 80 crisalbine	Néant	Gonacrine	12 »	Gingivite érythémateuse persiste.

CONCLUSIONS

L'étude clinique et thérapeutique que nous avons faite des stomatites nous permet de conclure :

Quelle que soit la cause de la stomatite, celle-ci peut entrer dans un cadre anatomo-clinique et il paraît intéressant d'étudier d'abord les formes anatomo-cliniques, puis les formes étiologiques en signalant pour chacune d'elles les caractères de localisation qui permettent de les individualiser. C'est ainsi que nous avons compris cette étude dans notre thèse.

Quelle que soit la cause de la stomatite, il existe toujours un élément infectieux initial ou surajouté.

La prédominance sur tous les autres facteurs pathogéniques de ce facteur infectieux explique l'action du traitement antiseptique local.

Comme traitement antiseptique local, nous avons donné notre préférence aux colorants d'acridine que, pour la commodité d'emploi, nous avons utilisé sous la forme de pastilles à base de colorants d'acridine (gonacrine) dosées à 3 milligrammes de produit actif.

La dose convenable journalière nous semble être de 10 pastilles.

Nous avons l'impression que, *préventivement*, ce traitement a une grande valeur, et la certitude, appuyée sur 49 observations, que *dans les stomatites déclarées* les résultats sont remarquables.

Les caractéristiques de ce traitement par les pastilles que nous avons utilisées sont les suivantes :

1^o La guérison peut être obtenue avec une simple mise en état de la bouche ;

2^o Ce traitement ne force pas le malade à interrompre, même partiellement, ses occupations, puisqu'il n'a besoin de soins bucco-dentaires qu'une ou deux fois par semaine, au maximum ;

3^o Il n'y a pas de contre-indications et l'acridine peut être utilisée chez les enfants ou chez les sujets âgés à viscères fragiles ;

4^o La cure par les colorants d'acridine réussit évidemment beaucoup mieux si la stomatite est prise à son tout début, mais elle rend de grands services dans le traitement de toutes les stomatites à quelque moment de leur évolution qu'on l'entreprenne.

5^o Enfin et surtout dans le cas de stomatites médicamenteuses, il permet au syphiligraphe de continuer sans ennui le traitement en cours.

VU : *Le Doyen*,

ROUSSY.

VU : *Le Président de Thèse*,

GOUGEROT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARGUELLO (J.). — Des stomatites fétides dans l'intoxication par le plomb, l'arsenic et le phosphore (*Thèse*, Paris, 1878).
- ARPINO (G.). — Pathologie et traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse (Morgagni, 73-660-664, 5 avril 1931).
- AUBIN et LEMAITRE. — Un cas de stomatite et de laryngite aurique (*Soc. de Laryng. des Hôp. de Paris*. Séance du 20 février 1933, in *Ann. d'oto-laryng.*, 1933, juin).
- AUGAGNEUR. — Injection hypodermique de substances mercurielles dans le traitement de la syphilis (*Bull. Soc. Fr. de Dermat. et Syphil.*, août 1893).
- AUGÉ et BATIER. — Un cas de stomatite aurique (*Courrier Méd.*, N° 2, 10 janvier 1932).
- AZOULAY. — Stomatite bismuthique (*Presse Médicale*, 15 janvier 1922).
- BABONNEIX et DARRÉ. — Nouveau Traité de Médecine (Masson, 1926).
- BALZER. — Société de Biologie, 1889.
- BARBIER (G.). — Stomatite aiguë muco-membraneuse au cours d'un traitement arsénobenzolique (*Bull. Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, avril 1928, p. 323).
- BARTHÉLEMY. — Nouvelle note sur la pratique des injections de l'huile grise (*Bull. Dermat.*, 10 mars 1898).
- BATAILLE. — Stomatite ulcéro-membraneuse (*Ann. de l'Inst. Chir. de Bruxelles*, 15 oct. 1929).
- BELTRAMI (G.). — Les stomatites (*Le Sud Médical et Chirurgical*, 64^e année, 2133, 15 juillet 1932).
- BERCHER (Y.). — Considérations sur l'étiologie et le traitement

- des stomatites ulcéro-membraneuses (*Revue de Stomatologie*, 1921, p. 65).
- Étiologie des stomatites ulcéreuses (*Revue de Stomatologie*, avril 1920).
- BESSESEN. — Pathogénie de la stomatite mercurielle (*Journal of Derm. and Syphil.*, Chicago, mars 1923)
- BONNET-ROY (F.). — Stomatites ulcéro-membraneuses aiguës et torpides (*Bull. Méd.*, Paris, 20 juin 1928, p. 692-694).
- BORY (L.). — Néphrites bismuthiques (*Paris Médical*, N° 1, p. 22, 7 mars 1931).
- CAHIER (F.). — Traitement des localisations bucco-pharyngées de l'infection fuso-spirillaire (stomatite ulcéreuse, stomatite mercurielle, angine de Vincent par l'arsénobenzol), 606, 914 (*Thèse*, Paris, 1919).
- CALLAMAND (H.). — Le traitement de la fièvre urinaire par des injections intraveineuses de gonacrine (*Thèse*, Marseille, 1933).
- CAMESCASSE (J.). — Stomatites aphteuses (*La Médecine pratique*, N° 9, 20 nov. 1932).
- CARRIÈRE et HURIEZ. — Un accident rare de l'aurothérapie : La stomatite pemphigoïde (*Soc. de Médecine du Nord*, Séance du 26-1-34 ; *Echo Médical du Nord* ; N° 9, 4 mars 1934).
- Un accident rare de l'aurothérapie : La stomatite bulleuse à type de pemphigus (*Gazette des Hôpitaux*, N° 13, 14 fév. 1934).
- CELLES (J. R.). — Des stomatites infectieuses graves (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 janvier 1927).
- CHATELLIER (J.). — État actuel de la question des stomatites ulcéro-membraneuses (*Semaine des Hôp. de Paris*, sept. 1929, 395, 424).
- CHAVANY (J. A.). — La chimiothérapie intra-rachidienne dans le traitement de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. (*Biologie Médicale*, 1931, vol. XXIX, p. 85).
- CHAVANY (J. A.), ARNAUDET (A.) et GAILHARD (J.). — Méningite cérébro-spinale à méningocoques, traitée par la typaflavine cristallisée (*Bull. et Mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, N° 25, 22 juillet 1929, p. 1056).
- COSTE (F.), FORESTIER (J.) et BOURDERON (J.). — Accidents biotropiques dus à l'or. Réactions focales. Bronchites auriques

- (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, N° 24, 11 juillet 1932, p. 1164).
- DALCHÉ. — Accidents d'intoxication consécutifs à un pansement avec le sous-nitrate de bismuth (*Soc. de Méd. Légale de France*, 1886).
- DALCHÉ et VILLEJEAN. — Recherches expérimentales sur la toxicité du bismuth (*Arch. gén. de Médecine*, 1887).
- DAVID et HECQUET. — Lésions ulcéreuses de la bouche de cause fusospirillaire (*Presse Méd.*, 1920, N° 6).
- DECHAUME, GERSON, M^{me} NICOLLE-MUNIER et LÉCLERCQ. — Traitement des stomatites médicamenteuses par les colorants d'acridine (*Soc. fr. Derm. et Syphil.*, 13 mars 1935).
- DUBREUILH et JOULIA. — Stomatite bismuthique (*Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux*, 12.1.23).
- DUFOUR (J.). — De la stomatite urémique légère, symptôme d'alarme (*Le Sud Méd. et Chir.*, p. 2133, 15 juil. 1932).
- Les gingivo-stomatites mercurielle et bismuthique (*Rev. Gén. de Méd. et Chir. de l'Afrique du Nord*, N° 67, 15 nov. 1928, p. 91).
- ÉMERY, RASIS et MORIN. — Les accidents de la médication bismuthique (*Bull. de la Soc. fr. de Dermato-Syphil.*, p. 1048, juillet 1930).
- FERNET. — Stomatite bismuthique (*Année Médicale Pratique*, 1923, p. 49).
- FILLEUL (G.). — Contribution à l'étude des stomatites (*Thèse*, Paris, 1919).
- FIGORE. — La stomatite bismuthique (*Pensiero Med.*, 2 déc. 1922, p. 82).
- FOURNIER. — Stomatite (*Union Méd.* nov. déc. 1890). — Stomatite (*Union Méd.*, janv. 1891). — Symptomatologie de la stomatite mercurielle (*Union Méd.*, 1891).
- FOURNIER et GUÉNOT. — Stomatite bismuthique (*Soc. fr. de Dermat.*, 12.1.22).
- FRANÇOIS (R. Ch). — Contribution à l'étude des stomatites et de leur traitement chez l'enfant (*Thèse*, Paris, 1934).
- FRÉGUEL. — Stomatite aurique (*Bull. Méd. Climatique de Cambo*, N° 17, 1934, p. 39).
- Stomatite aurique (*Courrier Méd.*, 11 oct. 1931).

- FREUNDLICH. — Stomatite mercurielle (*Wien. Med., Woch.*, 1921, p. 675).
- FREY et RUPPE. — Pathologie de la bouche et des dents (Baillière).
- GALLIPPE. — Les gingivo-stomatites et en particulier de la gingivo-stomatite mercurielle (*Journal des Connaissances Méd.* 1890).
- GERSON. — Les stomatites mercurielles et bismuthiques. Leur traitement par la trypaflavine (*Journ. de Méd. de Paris*, N° 13, 29.3.34, p. 227-280).
- GOUGEROT et BURNIER. — Révision de la stomatite nacrée aurique. Fréquence du lichen plan buccal déclenché par l'or (*Arch. dermat. Syphil. de la Clinique St-Louis*, Fasc. I, t. IV, mars 1932).
- HOZEAU (P. L.). — Les stomatites de l'huile grise (*Thèse*, Paris, 1929).
- HUDELO. — Stomatite bismuthique (*Soc. fr. dermat.*, 12 janv. 1922).
- HUDELO, BORDET, BOULANGER-PILLET. — Stomatite bismuthique (*Bull. Soc. Fr. Dermat. Syphil.*, 12.1.22, p. 10).
- HUDELO, SIMON (Cl.) & RICHON. — Stomatite bismuthique avec érythrodermie cutanée (*Soc. Fr. de Dermat.* Paris, 1923, p. 72-75).
- JAUSION, DIOT & VOURENAHIS. — Essai de chimiothérapie intraveineuse (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 12 juin 1925, p. 618).
- KOCHER. — Pansement au bismuth (*Sam. Klin. Vortrage*, 1882, N° 224).
- LANG. — Oelum cinereum (*Arch. f. Dermato und Syphili.*, 1889).
- LARDAT. — Médication bismutho-soufrée de la syphilis (*Thèse*, Paris, 1931).
- LEBEDINSKY. — Introduction à l'étude des stomatites (*Revue de l'Ecole de Chir. dent. et de Stomat. de Paris*, N° 3, p. 3).
- LEBEDINSKY. — Les gingivo-stomatites et le polymicrobisme buccal (*Thèse*, Paris, 1898).
- LEBÈUF (F.) et MOLLARD. — Les aurides muqueuses et cutanées (*Presse Méd.*, 1234 à 42, sept. 1930).
- Accidents muqueux (stomatites après chrysothérapie) (*Ann. de Derm. et de Syphil.*, p. 214-228, févr. 1931).
- LEBOURG (L.). — Traitement préventif des stomatites médica-

- menteuses spécialement mercurielles et bismuthiques (*Presse Méd.*, 19 juillet 1933).
- LEMIERRE. — Notes sur l'emploi de la trypaflavine dans le traitement des infections graves (*Paris Médical*, 1925).
- LERMOYEZ. — Stomatite mercurielle (*Bull. Méd.*, 1892).
- LETULLE. — Stomatite (*Presse Méd.*, mars 1907).
- LÉVY (Fernand). — Sémiologie des stomatites (*Gazette des Hôpitaux*, N° 63, 4 juin 1904).
- LIENGMÉ. — La toxicité de la trypaflavine (*Schweits. Med. Woch.*, 21 sept. 1929, p. 264).
- LURIÉ (S.). — Étude d'un nouveau dérivé de l'acridine (*Thèse*, Paris, 1934).
- LUZANA. — Phénomènes scorbutiques à la suite d'absorption de bismuth avec gonflement des gencives. Amaigrissement. Cachexie (*Thér. des Matières Méd. In Encyclop. d. Sc. Méd.*, Paris, 1840).
- MARCOVICI. — Contribution à l'étude des gingivo-stomatites (*Thèse*, Paris, 1920).
- MAUREL (Gérard). — La stomatite mercurielle (*Gaz. des Hôp.*, N° 80, 15 sept. 1920).
- MILIAN (G.). — Les stomatites mercurielles frustes (*Progrès Méd.*, N° 17, 23.4.1910, p. 236).
- Stomatite mercurielle et nodosités de l'huile grise (*Bull. Soc. Fr. de dermat. Vénéréo.*, nov. 1926).
- Stomatite de l'huile grise. Trismus permanent après guérison (*Rev. Fr. Dermat. vénéré* juillet août 1927, p. 418-423).
- Stomatite aurique (*Revue de dermat. et Syphil.*, janv. 1935).
- MILIAN, THIBAUT & LEBOURG. — Stomatite arsenicale avec nécrose osseuse (*Bull. Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, juin 1933, p. 853-855).
- MOLLER. — Stomatite mercurielle, Maladie professionnelle (*Klin. Woch.*, 23 déc. 1922).
- PANISSET (L.) et GRASSET (E.). — Quelques essais avec un composé de l'acridine, la Gonacrine (chlorométhylate dediamino-acridine). Fixation par les tissus. Élimination par la mamelle (*Bull. Acad. vét. de France*, t. IV, 1931, N° 3, p. 131).
- PATTE (A.). — Contribution à l'étude des affections sanguines révélées par des accidents bucco-pharyngés (*Thèse*, Paris, 1934).

- PROST. — Étude et traitement de la stomatite mercurielle (*Thèse*, Paris, 1902).
- PRUNET (C.). — Cyanure de mercure et stomatites (*Thèse*, Paris, 1934).
- RAIMBAULT. — Les accidents buccaux de l'aurothérapie (*Revue de Stomat.*, 144-148, mars 1933).
- RAY (M.). — Les accidents buccaux au cours de la bismuthothérapie (*Thèse*, Paris, 1926).
- RENOUX. — La symbiose fuso-spirillaire et son traitement par l'arsénobenzol (*Thèse*, Paris, 1914).
- ROSENTHAL. — Complications buccales des cures bismuthiques (*Bruxelles Méd.*, 30 nov. 1924).
- ROUSSEAU, DECELLE et RAISON. — Pathologie buccale. La Pratique stomatologique (Masson, 1933).
- RUPPE (Ch.). — Stomatites ulcéro-membraneuses (*Gaz. des Hôp.*, 14-21 avril 1928).
- RUPPE (C.) et HÉNAULT (M.). — A propos de deux cas de stomatites leucémiques (*Revue de Stomat.*, N° 3, t. XXX, mars 1930).
- SABRAZÈS et DE GRAILLY. — Stomatite bismuthique (*Gaz. Hebd. de la Soc. de Méd. de Bordeaux*, 20 juil. 1923).
- SAENZ DE AJA. — Les accidents buccaux de la thérapeutique dermato-syphiligraphique (*Odontologia*, Madrid, 1931, N° 3, p. 129).
- SAUVAN (A.) et VIGNE (P.). — Stomatite et vulvite auriques (*Marseille Médical*, N° 4, 5 févr. 1933).
- SERGEN. — Stomatite arsenicale (*Thèse*, Bordeaux, 1933).
- SIMON (Cl.). — Stomatite bismuthique (*Discussion Soc. Fr. de Dermat.*, 12 janv. 1922).
- SIMON (Cl.). — Stomatite arsénicale (*Congrès de Dermat. et Syphil. de langue française*, 1922).
- SIMON (Cl.), BRALEZ, DUREL & PERETON. — Cervico-vaginite hémorragique et ulcéro-membraneuse au cours d'un traitement bismuthique. Stomatite concomitante (*Ann. de Dermat. et Syphil.*, t. IV, N° 2, mars 1933).
- VIGNE (P.). — Les stomatites médicamenteuses (*Marseille Méd.*, 15 juil. 1932, N° 20).
- VINCENT. — Étiologie des stomatites (*Soc. de Biol.*, 1904, 1905).

VINCENT (R.). — Étude pathogénique de la stomatite bismuthique (*Soc. Bull. Fr. dermat. et syphil.*, Paris, p. 486, mars 1934).

WATRIN. — Stomatite bismuthique intense (*Bull. Soc. fr. de Dermato. Syphil.*, juin 1924, N° 7).

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

REVUE CLINIQUE

Introduction	15
Étude bactériologique	19
Formes anatomo-cliniques.	24
Formes étiologiques	35
Causes locales.....	35
Causes générales	36
Causes toxiques endogènes.....	44
Causes toxiques exogènes	49
Stomatite mercurielle	49
Stomatite bismuthique.....	61
Stomatite aurique	69
Stomatites arsénicales et autres stomatites médica- menteuses.....	72
Traitement prophylactique.....	79
Traitement local	82
Traitements nouveaux	86

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT PAR LES COLORANTS D'ACRIDINE EMPLOYÉS LOCALEMENT

Généralités	89
Résultats d'ensemble	94
Observations.....	97
Tableau récapitulatif	130
Conclusions	135

